BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.


PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT

Chevalier de la Légion d'honneur,
Ex-président de la Société de médecine et membre de la Société de chirurgie,
Médecin honoraire des dispensaires,
Correspondant des Académies royales de médecine de Belgique et de Turin,
de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier,
des Sociétés de médecine de Lyon, Bordeaux, Strasbourg, etc.,
Rédacteur en chef;

ET

LE Dr FÉLIX BRICHETEAU

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris, Secrétaire de la Société anatomique,
Secrétaire général de la Société médicale d'observation,
Membre de la Société d'hydrologie et de la Société d'anthropologie.

TOME SOIXANTE-HUITIÈME.



PARIS

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, EDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1865

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Revue sommaire des travaux publiés pendant le cours de l'année 1864, par le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

Nous n'avons plus à justifier le travail par lequel nous inaugurons chaque nouvelle année du recueil que nous avons l'honneur de diriger, en résumant succinctement les principaux travaux par lesquels le *Bulletin général de Thérapeutique* a concouru, dans la mesure de ses forces, au progrès de la science, et surtout au perfectionnement de l'art. Si, en ceci, nous n'avions pour but que de nous glorifier du concours que veulent bien nous prêter les noms les plus honorés dans la science contemporaine, nous nous abstiendrions; mais en revenant ainsi sur les principaux travaux de l'année qui vient de s'écouler, nous aspirons à plus qu'à une simple et complaisante énumération de ceux-ci; nous nous efforçons d'en apprécier la portée et d'en bien marquer le caractère pratique. Cette critique indépendante, à laquelle nous ne craignons pas de soumettre les travaux si variés qui enrichissent chaque année un recueil que le temps a consacré, est à la fois une marque d'estime que nous nous plaisons à rendre à nos collaborateurs, et une garantie de sécurité pour les nombreux lecteurs auxquels ils s'adressent. Dans ce temps de scepticisme général, et qui n'est, il faut bien le reconnaître, que trop justifié par les méthodes incomplètes qui ont longtemps présidé au développement de la science et de l'art qui l'applique, comme par la légèreté avec laquelle tant d'esprits ont affirmé des résultats que des expériences sérieuses devaient immédiatement démentir, il faut à la critique qui ne veut pas faire fausse route, et fortifier le mal même qu'elle veut com-

battre, une excessive circonspection. Tout en encourageant les premières expériences tendant à établir l'utilité d'une médication, ou d'un agent thérapeutique, dans une affection ou un état morbide déterminé, on ne saurait oublier que cette expérience, pour être véritablement concluante, doit être patiente et savoir faire crédit au temps. S'il est une vérité qui, aujourd'hui surtout, éclate aux yeux des médecins attentifs, c'est qu'il est dans l'organisme vivant, de quelque façon qu'on l'explique, une aptitude innée en vertu de laquelle l'équilibre troublé par la maladie tend à se rétablir spontanément. D'un autre côté, si c'est avec une haute raison que la plupart des maladies ont été nosographiquement distinguées, et sont considérées dans des entités inattaquables, une autre vérité qui ne doit jamais se séparer de celle-là dans l'esprit du médecin prudent, c'est que le sol sur lequel germent et se développent ces maladies, est loin d'être toujours le même; non-seulement là partout se marquent des différences du côté de l'innéité et des aptitudes spéciales créées par le jeu si varié de la vie, mais encore par les concomitances morbides. Les dermatologistes les plus autorisés ont depuis longtemps admis, dans les groupes morbides les plus ordinaires, des états mixtes qui leur font admettre avec raison des maladies composées : ici point d'illusion possible, cette combinaison est bien réelle, l'œil nu la saisit, le microscope la met en pleine évidence.

Il n'en saurait être autrement dans les maladies qui ne se révèlent à l'observation que par la voie de l'induction symptomatologique, si nous pouvons ainsi dire. L'entité morbide est donc bien réelle, et ce n'est rien comprendre à la vie pathologique que de réduire celle-ci à des états organopathiques ; mais cette entité a ses nuances, n'en pas tenir compte, et souvent un très-large compte et agir comme en présence de l'absolu, c'est s'exposer à compromettre l'art, quand, ce qui est plus grave, on ne compromet pas la vie de l'homme qui s'y confie. Comment, en présence de telles difficultés, quand il s'agit d'établir l'efficacité d'une médication, ou d'un agent thérapeutique, tout en accueillant avec empressement les résultats heureux de l'expérience, ne point attendre l'enseignement d'une expérience plus longue encore et plus variée dans ses applications, avant de proclamer la valeur absolue de l'une ou l'autre ? L'absolu ! est-il de ce monde, du monde pathologique surtout ? Pygmées que nous sommes, comment osons-nous jamais prononcer ce mot !

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ces considérations ; ce

que venons de dire suffira, nous l'espérons, pour justifier la circonspection que nous appportons dans l'appréciation des propres travaux de ce journal ; cette humilité, les hommes dont l'ignorance fait l'audace pourront la blâmer ; mais nous nous en consolerons, parce que nous sommes sûr qu'elle sera comprise et appréciée par les hommes honnêtes et sérieux, les seuls dont nous ambitionnons les suffrages.

Ces courtes remarques faites, nous passons, sans autre transition, à l'objet même de cet article, dans lequel nous allons résumer successivement, et en nous tenant ferme dans cette ligne de conduite, les principaux travaux qu'a publiés le *Bulletin de Thérapeutique médicale et chirurgicale* pendant le cours de l'année qui vient de finir.

On a dû remarquer que ce journal se montre très-sobre en matière de généralités : en cela, nous avons deux raisons ; la première, c'est que notre recueil, essentiellement pratique, ne saurait, sans sortir de sa voie, toucher souvent à des questions de cet ordre ; la seconde, et cette raison est, à nos yeux, plus décisive encore, c'est que, dans l'état de la science, ces questions se résolvent souvent en questions de mots : et, comme le disait dernièrement un écrivain éminent, dans la plupart de ces questions il s'agit bien moins souvent de savoir ce que sont les choses, que de savoir comment on les appellera. Toutefois, même dans cette direction, la science est en possession d'un certain nombre de notions positives, qui peuvent utilement guider la pratique, et auxquelles nous nous plaisons à ouvrir les pages du *Bulletin de Thérapeutique*, quand elles sont développées par des hommes dont le nom fait à bon droit autorité parmi nous. Dans cet ordre de travaux, nous signalerons le travail intéressant de M. le professeur Hirtz, de Strasbourg, sur les fondements de la thérapeutique. L'anatomie pathologique, dans l'enivrement d'ailleurs fort légitime de ses admirables conquêtes, ne résista point tout d'abord à la pensée de subordonner complétement l'action de la thérapeutique aux données fournies par l'inspection nécroscopique. Sans aucun doute, la thérapeutique doit tenir compte, dans l'institution des médications qu'elle a en main, de ces données essentielles ; mais une interprétation plus saine, plus intelligente du traumatisme organique, dans la maladie, lui a appris que ces lésions, si importantes qu'elles soient dans la physiologie morbide, ne sont pas un obstacle invincible à l'efficacité de moyens qu'elles semblent contre-indiquer, et qu'une tradition moins bien éclairée paraissait pourtant avoir consacrés. Comme

nous ne voulons point refaire ici l'article intéressant du savant professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg, nous ne reproduirons pas la longue énumération des maladies où il montre et combat tout ensemble cette contradiction apparente entre les données modernes de l'anatomie pathologique et les enseignements d'une expérience séculaire ; nous ne remettrons ici en lumière qu'une donnée qui complète toutes celles dont il s'agit en ce moment, et se justifie comme elles, en dépit des lésions signalées par l'anatomie pathologique, c'est que, même dans les maladies aiguës, l'organisme ne résiste pas longtemps à une diète absolue, un peu prolongée, et que, dans les maladies chroniques, cette diète conspire avec la maladie elle-même à la dissolution de l'organisme. Il y a, dans cet enseignement qui pénètre de plus en plus tous les jours dans les bons esprits, une vérité qui importe essentiellement à la légitimité de l'action médicale dans les affections morbides : on ne saurait trop le rappeler aux jeunes médecins surtout, qui, dans la candeur juvénile de leur foi aux moyens de l'art, tendent trop à oublier que celui-ci n'agit que par l'intermédiaire des propriétés saines de l'organisme pour mettre fin aux désordres de la maladie. L'opportunité et le mode d'alimentation dans les maladies, voilà, dans l'état de la science, une des questions fondamentales de la thérapeutique : bien comprendre l'importance de ces questions, c'est avoir fait un grand pas dans la pratique ; la sagacité fait le reste.

Cette question de l'opportunité de l'action médicale dans la maladie, soit qu'il s'agisse de l'institution d'une médication, ou de la simple prescription d'un modificateur de l'économie souffrante, soit qu'il s'agisse de réparer les déperditions de l'organisme en fournissant à la nutrition les éléments les plus propres à cette réparation nécessaire, un de nos médecins hydrologistes les plus distingués, M. Durand-Fardel, l'a traitée l'an dernier en l'étudiant surtout au point de vue de sa spécialité. Les lecteurs n'ont certainement pas oublié la leçon importante qui résulte de ce travail, nous ne la rappellerons pas. Qu'on nous permette seulement de citer un court passage de cet article intéressant, qui met en pleine lumière le point pratique essentiel que nous avons en vue en ce moment. « Je me souviens, dit cet éminent médecin, des anxiétés que j'ai subies, lorsque, dans les premiers temps de ma pratique, il me fallait faire succéder aux émissions sanguines les préparations antimoniales, ou les stimulants aux antiphlogistiques, maintenir l'abstinence ou revenir à l'alimentation, m'en tenir à l'expectation ou recourir à

des moyens effectifs. Et aujourd'hui qu'une longue pratique m'a rendu plus familiers et la connaissance des indications et le maniement des agents thérapeutiques, j'avoue que c'est sur le terrain de l'opportunité que je rencontre encore le plus de doutes et de difficultés. » Cette humble confession, plût à Dieu que nous pussions nous la faire tous à nous-mêmes, car elle impliquerait dans notre conduite médicale un scrupule, une circonspection, un respect de la vie des hommes sans lesquels l'art court à chaque instant le risque de s'égarer. Car, qu'on ne s'y trompe pas, ce que M. Durand-Fardel dit ici de l'opportunité de la médication thermale dans le traitement de la goutte et de la tuberculose, s'applique, comme règle de détermination, avec non moins de rigueur, à toutes les médications, que dis-je ? à l'intervention tout entière de la médecine dans la thérapeutique des maladies. Quelle que soit la sagacité diagnostique du médecin, quelques ressources que lui fournisse la science, en tant qu'influence thérapeutique dans le traitement des maladies, s'il ne sait saisir l'opportunité d'agir ou de s'abstenir, il ne sait rien : s'il le sait, avec infiniment moins de science, avec une sagacité moindre même, pour saisir la maladie dans ses nuances symptomatiques les plus délicates, l'art en ses mains courra assurément moins risque de s'égarer.

Cela dit, moins pour faire l'éloge de travaux qui n'en ont pas besoin que pour montrer par des exemples combien, dans la direction de ce journal, nous nous montrons soucieux des réels besoins de la pratique, continuons notre revue.

Un des travaux spéciaux que nous placerons en première ligne, parmi ceux que le *Bulletin de Thérapeutique* a insérés pendant le cours de l'année 1864, c'est celui qui est relatif au traitement de l'asthme, et que M. le professeur Trousseau a bien voulu publier dans ce journal. Grâce à une immense pratique particulière, et à une pratique nosocomiale non moins féconde en enseignements, l'éminent professeur de la Faculté de médecine de Paris a eu, plus qu'aucun autre médecin peut-être, l'occasion de rencontrer l'asthme proprement dit sous les formes une et diverses qu'il peut affecter. Sa large expérience à cet égard étant venue confirmer pour lui ce que lui avait déjà laissé pressentir la vanité d'une foule de théories qui prétendaient à formuler le traitement de l'asthme, comme un simple corollaire de la conception sur laquelle elles reposent, il a, sans s'inquiéter de celles-ci, indiqué d'une façon complète, dans l'article que nous nous plaisons à rappeler, les moyens empiriques très-divers qui peuvent s'appliquer à la thérapeutique de l'asthme. De-

puis le datura jusqu'à l'iodure de potassium, il a successivement montré que tous ces moyens peuvent, dans un cas donné, trouver une très-utile application. Ce qui manque à ce résumé tracé de main de maître, c'est, hélas ! ce qui manque à la science, la détermination de l'indication, de l'opportunité de cette multitude d'agents dans le traitement d'une maladie qui n'est que trop fréquente. C'est ainsi que, de quelque point qu'on parte, on arrive toujours à ce nœud gordien de notre art difficile dont nous parlions il n'y a qu'un instant. Que, dans quelques cas nettement dessinés, cette indication se montre moins voilée, c'est ce que tout le monde reconnaît, et que ce savant maître reconnaît comme tout le monde, mais ces cas sont loin d'épuiser toute la série des faits de cet ordre, et l'on est réduit, en ces occurrences difficiles, à tâtonner, à louvoyer ; heureux le médecin, si le malade ne se lasse point de ces tentatives avant qu'il ait atteint le but ! Esprit essentiellement pratique, et tout ensemble d'une originalité qui lui a permis plus d'une fois de ramener dans le droit chemin la thérapeutique errante, M. Trousseau en est arrivé sur ce point à proposer, et pour prévenir l'asthme et pour en combattre les accès, quelque chose qui rappelle l'esprit qui présida jadis à la confection de la thériaque si chère à Bordeu, comme chacun le sait. Ce moyen consiste, quand une indication précise ne se produit pas, à soumettre les malades à l'action soit simultanée, soit successive des agents dont l'expérience a authentiquement démontré l'efficacité dans la thérapeutique de l'asthme, sans être encore parvenue à saisir l'indication qui appelle et justifie l'application de chacun d'eux. Nous disons que, dans l'état de la question du traitement de l'asthme, cette thérapeutique, qui rappelle de loin le scepticisme philosophique de Pascal, est judicieuse et mérite d'être mentionnée ici dans l'intérêt de la pratique.

Un travail que nous devons rapprocher de l'excellente leçon de M. le professeur Trousseau, est celui de M. le docteur Baraillier, professeur à l'École de médecine navale de Toulon, et qui a trait à l'action de la lobélie enflée, *lobelia inflata*. Suivant ce médecin distingué, la lobélie a une action spéciale sur le système nerveux, et parvient, dans des cas fort divers, à rendre au jeu de la respiration son ton normal. Poursuivant, dans ses recherches relativement à l'action thérapeutique de cette plante, le but que s'étaient proposé divers auteurs recommandables, entre autres Elliotson, Livezey, etc., le savant médecin de Toulon a appliqué la teinture de cette substance au traitement de l'asthme, et il affirme en avoir obtenu des résultats dignes de fixer l'attention. Des dyspnées, se

rattachant à diverses localisations morbides nettement définies, ont paru également, sous les yeux de notre honoré confrère, être heureusement modifiées par l'action mystérieuse de la lobélie sur les origines nerveuses de la puissance respiratoire. Ce sont là assurément des faits qui appellent d'autres faits pour affirmer scientifiquement une si heureuse influence médicatrice, mais ces faits n'on ont pas moins une valeur incontestable, et méritaient également d'être rappelés.

Quelque obscures que soient,dans leur origine organique,les maladies même les plus nettement définies du système nerveux, et bien que les succès de la thérapeutique qu'on y oppose soient loin de répondre au zèle des observateurs sans nombre qui en ont fait l'objet spécial de leurs efforts, on ne se lasse point dans la poursuite de ce but, on y revient toujours ; c'est que l'on sent vaguement que ce mystérieux appareil, le plus facile à troubler dans son dynamismo, est aussi celui qui est le plus ouvert, si nous pouvons ainsi dire, aux influences nombreuses dont on peut disposer pour le ramener au jeu régulier de ses fonctions. Parmi les médecins contemporains les plus distingués que semble attirer plus particulièrement cette étude à la fois si intéressante et si délicate, nous n'hésitons point à placer M. Gubler, qui a bien voulu enrichir le journal que nous avons l'honneur de diriger, de recherches de cet ordre que tous assurément ont remarquées. Il résulterait de ces recherches que le bromure de potassium exercerait sur le dynamisme nerveux une action régulatrice, qui rendrait cet agent extrêmement précieux dans la thérapeutique de plusieurs névroses. Irrigué par un sang imprégné de cette substance, le tissu nerveux, semble-t-il, tendrait à revenir à son fonctionnement normal, tout comme dans l'anémie chlorotique ou autre, recouvrant, sous l'influence d'une médecine appropriée,l'élément essentiel qui lui manque, la séve vitale reconstituée met fin aux accidents protéiformes du même ordre qui caractérisent cette déviation de la vie. D'après les expériences du très-distingué médecin de Beaujon, le bromure potassique n'exercerait pas seulement cette action sédative sur des accidents purement nerveux ; dans quelques-uns de ceux-ci, liés directement ou indirectement à un traumatisme anatomique nettement défini, il ne perdrait pas son influence, et cette action sédative, se transformant en une influence hyposthénisante, il lutterait du même coup et contre cette lésion, et contre les troubles nerveux concomitants. C'est ainsi que notre savant auteur a rapporté les plus intéressantes observations relatives à l'action du bromure de

potassium dans la dysphagie douloureuse liée aux angines de toutes sortes, à l'œsophagisme, aux toux quinteuses essentielles ou symptomatiques de diverses lésions de la poitrine, à certaines maladies du cœur, dans lesquelles on peut faire concourir heureusement, pour se compléter, l'iodure et le bromure potassiques, à diverses névroses pures ou compliquées, et particulièrement à la chorée. Pour compléter les données qui résultent de ce travail, nous rappellerons encore que le médecin de Beaujon rapportait naguère à la Société de médecine des hôpitaux un cas de cette dernière maladie, où les accidents avaient atteint un degré extrêmement élevé de gravité, et que, dans ce cas, le bromure potassique a exercé évidemment une influence décisive, Dans cet ordre de recherches, M. Gubler n'a encore réalisé qu'une partie du programme qu'il s'est tracé pour cette étude spéciale : nous espérons bien qu'il ira jusqu'au bout d'une voie où il a si brillamment débuté, et qu'il continuera à nous accorder les primeurs des fruits de ses délicates expériences. Frappés de l'incohérence de la thérapeutique, plusieurs, parmi lesquels nous nous contenterons de citer Bichat et M. le professeur Andral, s'étaient proposé, à un moment de leur vie scientifique, de soumettre à la coupelle d'une nouvelle et plus sévère expérimentation les principaux agents de la matière médicale. C'est là une entreprise qui dépasse les forces d'un homme : mais ce qui ne serait pas impossible, c'est que les médecins des hôpitaux, sans se renfermer dans une spécialité d'études qui deviendrait préjudiciable à la science elle-même, fixassent d'une manière particulière leur attention sur quelques agents de la matière médicale. Que le laborieux et sagace médecin de Beaujon persévère dans l'étude qu'il a si heureusement inaugurée, et il trouvera des imitateurs, et ce qui est impossible à un observateur deviendra possible à tous. Comme s'ils avaient pu pressentir cet appel à tous sur cette question, déjà MM. Vigouroux et Robert Mac Donnel ont étendu l'étude de l'influence du bromure potassique au nervosisme et à l'épilepsie. C'est un nouveau pas dans une voie intéressante et que nous croyons des plus fécondes.

Le même esprit d'observation et d'expérimentation sévère a présidé aux recherches si remarquables de notre grand physiologiste, M. C. Bernard, quant à l'influence propre exercée sur le système nerveux par les divers alcaloïdes de l'opium : M. le professeur Béhier, et nous-même, restreignant cette étude largement compréhensive à celle d'un de ces alcaloïdes, la narcéine, nous sommes efforcés de montrer le parti que pourrait tirer la thérapeu-

tique de cette substance, qui jusqu'ici n'avait guère été employée à son état d'isolement. C'est une chose bien remarquable que ces influences distinctes qui se rattachent ainsi à chacun des éléments thérapeutiques qui entrent dans la composition de l'opium. Il y a là une étude analytique des plus intéressantes à poursuivre : nous espérons bien que ce travail sera continué, et que ce qu'une première observation a entrevu, une observation faite sur une plus large base, tout en l'étendant, le confirmera.

Un autre agent dont, avec grande raison, on use beaucoup plus timidement en thérapeutique, mais qui certainement a, entre des mains habiles, une haute portée curative, c'est l'arsenic. M. le professeur Trousseau, dans l'article dont nous parlions en commençant, a montré le parti avantageux qu'on en peut tirer dans le traitement de l'asthme ; un médecin dont le nom fait également autorité en ces matières, M. Noël Gueneau de Mussy, a établi nettement la réelle efficacité de la même substance prise en bain dans le traitement du rhumatisme noueux. Dans les premiers temps de notre pratique, c'est bien rarement que nous osions recourir à l'emploi d'un agent si hostile à la vie. Cette circonspection doit toujours être la règle dans l'administration des préparations arsenicales. Toutefois, depuis ce temps, les observations se sont multipliées, et quand sans pusillanimité on considère l'influence de cet agent énergique sur l'organisme vivant, on ne peut se défendre de l'espoir que, le temps aidant, l'art ne finisse par trouver là quelque jour un des moyens les plus puissants de modifier, dans un certain nombre de cas donnés, l'organisme malade. Nous n'hésitons donc pas à appeler d'une manière spéciale l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* sur ce travail intéressant du savant médecin de l'Hôtel-Dieu. En ces délicates questions, il est bon que des faits convergent de divers côtés pour témoigner dans le même sens, avant qu'on ose se confier à une substance si énergiquement perturbatrice. (*La fin à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la syphilis vaccinale.

Par M. le docteur Depaul, directeur du service de vaccine de l'Académie de médecine.

Quand on remonte aux premiers temps de la vaccine, on voit qu'elle a eu le sort des grandes découvertes ; vantée à outrance par ses nom-

breux partisans, elle a été aussi vivement attaquée par quelques hommes convaincus, sans doute, mais qui avaient le tort de puiser le plus souvent les éléments de leur conviction dans des raisonnements spécieux plutôt que dans les faits. Tandis que les premiers la présentaient comme une méthode infaillible et à l'abri de tout danger, les autres lui déniaient non-seulement le pouvoir de prévenir la variole, mais encore son innocuité, et la rendaient responsable de maux nombreux, dont le résultat final devait être d'augmenter la mortalité et de concourir à la dégradation de l'espèce humaine.

Après plus de soixante années d'études et d'expériences, alors que les passions ont eu le temps de se calmer, il est permis de se convaincre qu'il y a eu de grandes exagérations dans les deux camps, et aujourd'hui que la vaccine a fait ses preuves et n'a plus besoin d'être défendue, on peut sans crainte dévoiler ses faiblesses. L'expérience nous a appris à les connaître, et c'est à elle qu'il nous faut demander les moyens d'en conjurer les fâcheux résultats. Qui ne reconnaît aujourd'hui l'utilité des revaccinations? et cependant plusieurs années n'ont-elles pas été nécessaires pour les faire entrer dans la pratique d'une manière générale? Pourquoi cette résistance de la part des hommes les plus dévoués à la vaccine? C'est que, pour en augmenter le prestige, ils avaient proclamé son inviolabilité et ne voulaient à aucun prix porter atteinte à sa réputation. Aujourd'hui tout le monde est d'accord, une bonne vaccination préserve pour toujours, dans le plus grand nombre des cas. Mais il y a quelques exceptions, et cela suffit pour qu'il faille recommencer au bout de quelques années et surtout en temps d'épidémie.

Les adversaires de la vaccine avaient, dès l'origine, déclaré qu'il y avait un grand danger à introduire dans l'économie un virus pris dans l'espèce humaine ou chez les animaux; ils le représentaient mélangé à d'autres principes délétères, capables d'altérer la constitution et de produire les désordres les plus graves; pour eux, il n'était pas douteux qu'on ne pût transmettre les principes scrofuleux, dartreux, syphilitique, etc., et cette croyance leur suffisait pour proscrire à tout jamais la nouvelle méthode.

Ses défenseurs, au contraire, aveuglés par une tendresse paternelle exagérée, ne voulaient rien laisser inscrire au compte de la vaccine; ils proclamaient que les faits qu'on mettait en avant avaient été mal observés, et qu'on pouvait puiser impunément du vaccin sur un sujet atteint de quelque affection constitutionnelle, sans qu'on s'exposât, en le reportant sur un organisme sain, à inoculer autre chose que la vaccine. Des expériences avaient été faites qui

semblaient donner gain de cause à cette manière de voir, et cependant, malgré les oppositions nombreuses qui se sont produites, la vérité a fini par se faire jour, et il faut bien l'avouer aujourd'hui, sans aller trop loin, toutefois, comme certains esprits sont portés à le faire, il n'est pas indifférent de prendre son vaccin sur un organisme sain ou sur un organisme contaminé. C'est cette proposition que nous avons le projet de développer, en nous occupant exclusivement de la possibilité de la transmission de la syphilis par la vaccination et des moyens qui peuvent nous faire éviter ce danger. Notre intention est de ne rien taire de ce qui est arrivé à notre connaissance. Nous sommes en toute chose partisan de la vérité et de la vérité tout entière, bien convaincu, d'ailleurs, que la vaccine a beaucoup plus à gagner qu'à perdre, en mettant au grand jour des faits que tous les médecins doivent connaître. Quand on parcourt tout ce qui a été écrit par les détracteurs de la découverte de Jenner, et ils furent nombreux au commencement de ce siècle, il est difficile de ne pas admettre que des faits semblables à ceux qui se sont passés à une époque plus rapprochée de nous s'étaient déjà produits ; seulement ils manquent de détails suffisants, et, s'ils constituaient les seuls arguments qu'on pût invoquer, il faut bien convenir qu'il serait encore permis de rester dans le doute. Ceci s'applique surtout aux publications des docteurs William Rowley, Moseley et R. Squirrel. Il se pourrait bien toutefois que leur *cow-pox* gale ou leur *cow-pox* ulcère pût se rattacher à la syphilis, au moins dans quelques cas.

Voici des faits qui paraissent plus concluants, qui semblent établir qu'en prenant du vaccin sur un individu atteint de syphilis, on peut en même temps, et dans la même pustule, puiser le principe syphilitique. Je commence par ceux du professeur Gaspard Cerioli, qui sont cités partout et qui ont été publiés pour la première fois par le professeur Barbantini (de Lucques). Pour ne pas trop allonger mon sujet, je me contente d'en donner, comme pour les autres, un résumé succinct, mais fidèle.

1° Une petite fille de trois mois (enfant trouvée) fut vaccinée avec du vaccin pris sur un enfant bien portant et qui ne cessa pas de l'être. Des pustules régulières se développèrent et servirent à inoculer quarante-six enfants. Six de ces derniers eurent des pustules normales avec lesquelles on inocula cent autres enfants qui ne présentèrent ultérieurement aucun symptôme de syphilis. Chez presque tous les autres, on observa, sur les points où les piqûres avaient été faites, des ulcères recouverts de croûtes permanentes,

ou des ulcères indurés. Ces accidents survenaient au moment de la chute des croûtes vaccinales. Plus tard, on vit apparaître des ulcères de la bouche et des parties sexuelles, des éruptions croûteuses sur le cuir chevelu, des taches cuivrées, des ophthalmies. Le système glandulaire et le système osseux ne furent pas épargnés. Ces accidents se communiquèrent aux nourrices et aux mères de ces enfants.

La commission sanitaire fut officiellement informée ; elle nomma une commission spéciale dont le docteur Cerioli fut le secrétaire, et qui constata la nature syphilitique des accidents présentés par les enfants et les nourrices. Admis à l'hôpital, ils furent traités par le bichlorure de mercure à l'intérieur et les frictions mercurielles. Dix-neuf enfants moururent ; les autres se rétablirent plus ou moins vite, en conservant toutefois une grande faiblesse des membres inférieurs. Toutes les femmes infectées furent guéries.

2° En 1860, M. le professeur Cerioli a communiqué à M. le docteur Viennois la nouvelle observation que voici ; elle se trouve déjà signalée dans le mémoire de M. Lepileur.

En 1841, un enfant, P. C***, des environs de Crémone, né de parents syphilitiques et n'ayant pas de symptômes apparents au moment de sa vaccination, servit à inoculer soixante-quatre individus. Le premier phénomène fut une ulcération sur quelques-uns des points inoculés, suivie plus tard de taches de couleur cuivrée sur le corps, avec des ulcérations aux aines, aux parties génitales, à l'anus, à la bouche. La maladie ne fut pas reconnue au début ; ce ne fut que longtemps après que les mercuriaux furent administrés : cinquante-quatre personnes guérirent, huit enfants et deux femmes succombèrent.

3° Dans le courant de l'année 1849, la petite vérole éclata dans la ville de R..., et de nombreuses vaccinations devinrent nécessaires. Dix familles subirent cette opération du 14 au 15 février, et presque tous leurs membres devinrent malades. Après trois ou quatre semaines apparurent simultanément, sur la place des piqûres, des ulcères qui avaient tout à fait les caractères syphilitiques, et bientôt après suivirent des manifestations secondaires. Les personnes atteintes étaient au nombre de dix-neuf et avaient entre onze et quarante ans. Il était impossible de suspecter la moralité de la plupart d'entre elles. Toutes ces revaccinations avaient été faites par un vétérinaire : le vaccin avait été pris sur un enfant qui était fort et qui paraissait complétement sain. Cependant une éruption érythémateuse ne tarda pas à se montrer chez lui à la partie interne

du pli inguinal, à la marge de l'anus et au visage. Lorsqu'il fut soumis à l'examen d'un médecin, le 21 février, il offrait toutes les apparences d'une variole syphilitique : il mourut six jours après.

On sut depuis que l'éruption vaccinale ne s'était pas faite régulièrement chez lui ; que le huitième jour il n'y avait pas encore trace de boutons. Plusieurs autres enfants vaccinés en même temps que celui-ci ne présentèrent rien d'anomal (1).

4° Le *Medical Times* du 2 août 1858 relate le fait suivant : Un enfant de six ans avait été jusque-là parfaitement bien portant ; ses parents n'avaient jamais été malades. On le vaccina en Irlande. A la place de la piqûre, il se développa une ulcération qui mit beaucoup de temps à guérir ; une éruption générale se déclara ensuite, et persista pendant plusieurs mois. Au bout de trois ans, il existait encore sur les bras des taches cuivrées ; un ulcère s'était déclaré au gosier, et l'enfant était en danger de mort.

5° Une fille de trois ans, d'une bonne constitution et qui n'avait jamais été malade, fut vaccinée. Les trois piqûres dégénérèrent en ulcères profonds, à base dure, qui restèrent deux mois sans se cicatriser. Trois mois après l'opération, on observait sur le tronc et les membres des croûtes aplaties, à forme herpétique, avec une large auréole érythémateuse de teinte cuivrée ; elles sont surtout très-nombreuses aux cuisses. Les cicatrices des plaques qui apparurent les premières ont une couleur cuivrée très-prononcée. L'enfant est en proie à une véritable cachexie syphilitique (2).

Un grand nombre de faits analogues à ceux qui précèdent ont été publiés dans ces derniers temps, et méritent au moins d'être rappelés ici : tels sont les faits relatés par le docteur Hubner, médecin sanitaire à Hollfeld (*Gaz. hebdomadaire*, 1855) ; les deux observations de M. Jules Lecocq (*Gaz. des hôpitaux*, 24 décembre 1864) ; les faits bien connus de Rivolta, auxquels il faut ajouter ceux plus récemment rapportés par M. le docteur Pachiotti (*Journ. de l'Association médicale des États sardes*, 20 octobre 1864) ; en voici le résumé :

Vers la fin de mai 1861, le chirurgien Coggiola vaccina, avec du virus renfermé dans un tube qui lui avait été envoyé par le conservateur d'Acqui, un enfant de onze mois qui jouissait d'une parfaite santé et d'une constitution robuste. Dix jours après, le

(1) *Medicinitch Zeitung*, avril 1850.

(2) *Observation de M. James Whitcheard* (*Third report on The clinical hospital Manchester*).

2 juin, on prit du vaccin dans les pustules de cet enfant et l'on s'en servit pour inoculer, dans une seule séance, 46 enfants qui, tous, d'après l'observation, étaient parfaitement sains.

Le 12 du même mois, 17 autres enfants furent vaccinés avec du liquide de l'un des 46 de la première série. Le chiffre des vaccinés s'est donc élevé à 63, et sur ce nombre on dit que 46 ont été plus ou moins infectés de syphilis.

Le premier enfant vacciné avec le virus renfermé dans le tube venant d'Acqui était encore vivant au moment de la publication de l'observation, mais il était dans un état de marasme très-prononcé. Le second, qui a fourni le vaccin aux 17 enfants de la deuxième série, est mort peu de temps après. Nous regrettons vivement, avec tous ceux qui ont commenté ces faits, qu'on n'ait pas donné de détails précis sur ce qui s'est produit sur la santé de ces deux enfants, qui ont été le point de départ des malheurs nombreux qu'on a eu à déplorer. Mais cela ne nous paraît pas une raison suffisante pour repousser l'observation tout entière, et pour justifier cette assertion, il nous suffira d'en continuer la narration jusqu'au bout. Disons d'abord ce qui arriva aux autres enfants. 39 sur les 46 de la première série et 7 sur les 17 de la seconde ont présenté des traces d'infection syphilitique.

L'infection s'est manifestée en moyenne le vingtième jour après l'insertion du vaccin ; les limites extrêmes ont été dix jours et deux mois, et voici ce qu'on a vu : chez quelques enfants, la pustule vaccinale, au moment où elle aurait dû se cicatriser, s'enflammait et s'entourait d'une auréole rouge, livide ou cuivrée ; en même temps elle s'étendait et recommençait à suppurer. Chez d'autres, la cicatrisation était déjà achevée, lorsque apparaissait une ulcération sur la cicatrice. Cette ulcération se recouvrait de croûtes qui se renouvelaient incessamment. Chez un certain nombre, enfin, l'ulcération des boutons de vaccine prenait d'emblée un mauvais aspect et était suivie d'une éruption générale que malheureusement les médecins n'ont pas pu voir.

Au bout de quelques semaines, la population s'émeut, on accuse la vaccine, et le docteur Pouza, qui était en cause, va prendre conseil du Congrès médical réuni en ce moment à Acqui. Celui-ci nomme une commission qui se rend à Rivolta le 7 octobre. Elle procède à une enquête, et son rapporteur, M. le docteur Pachiotti, en publia les résultats (1).

(1) *Journal de l'Association médicale des États-Sardes*, 20 octobre.

En voici les conclusions. Au 7 octobre, 7 enfants étaient morts sans traitement, parce que la véritable nature de la maladie n'avait pas été reconnue. Depuis on avait institué un traitement spécifique, et il n'y avait pas eu de nouveaux cas de mort. 14 enfants étaient en voie de guérison, mais 3 étaient en danger.

Sur les 46 enfants infectés, 23 étaient dispersés dans différentes communes, de sorte que l'examen de la commission n'a porté que sur 23 individus, dont les observations sont annexées au rapport de M. Pachiotti. Il résulte des détails qu'elles renferment que la syphilis s'est révélée par les symptômes suivants : pustules plates, tubercules muqueux à la région anale et sur les organes génitaux, ulcérations spécifiques des lèvres et de la gorge, pléiades ganglionnaires, inguinales et cervicales, syphilides diverses, alopécie, ulcérations secondaires sur le prépuce, tubercules cutanés, tumeurs gommeuses ; chez deux enfants, marasme et cachexie. Quelques-unes des mères qui nourrissaient les enfants infectés ont eu des pustules plates aux mamelles.

Nous rappellerons encore le fait si intéressant qui s'est passé dans le courant de l'année scolaire 1861-1862, à la clinique de M. le professeur Trousseau ; celui que M. Chassaignac communiqua à la Société de chirurgie, dans sa séance du 26 août 1863 ; les deux cas du même genre communiqués récemment à l'Académie de médecine par MM. Devergie et Hérard (*Bullet. de l'Acad.*, 1864) ; celui qui a été adressé par un de ses correspondants de Béziers à la *Gazette des hôpitaux*, le 22 octobre de cette année ; enfin deux nouvelles observations que nous a fait connaître, le 11 octobre dernier, M. le docteur Viennois, et que nous reproduisons ci-après :

Premier fait. — « Le 15 mai 1862, M. Quarenghi vaccina, près de Bergame, six enfants avec les pustules vaccinales d'une petite fille qui, au dire des mères, avait une éruption à la peau le jour de la vaccination. Cinq enfants sur six, dont l'âge variait entre quatre et onze mois, eurent aux points vaccinés des ulcères indurés. Des symptômes généraux (roséole, plaques muqueuses) se montrèrent ultérieurement. Chacun de ces enfants servit de contagion dans sa propre famille ; c'est ainsi que le premier, âgé de cinq mois, Catherine L***, infecta sa mère et successivement deux autres nourrices qui lui donnèrent accidentellement le sein. Chez les trois femmes, ce fut le même accident, chancre induré du mamelon avec adénite axillaire. Une de ces deux nourrices infecte deux enfants en leur donnant à téter, le sien d'abord et un second enfant qu'elle allaita par hasard (chancre céphalique). Enfin

Catherine L***, à l'âge de onze mois, infecte sa sœur, âgée de vingt ans. Cette dernière donnait à manger à sa petite sœur avec la cuiller, et cet instrument a servi de mode de propagation.

« Le deuxième vacciné qui a été infecté, est Dominique T***, âgé de cinq mois. Il infecta sa mère (chancre du mamelon). Plus tard arrivent les accidents secondaires. Après cette époque, infection du mari ; ulcère au pénis, bubon inguinal.

« Le troisième, Matthieu M***, âgé de huit mois. A l'ulcération du bras succèdent, trois mois après, des plaques muqueuses. Il infecte sa mère, chancre du mamelon ; plus tard, plaques muqueuses du vagin et des grandes lèvres. Après cette époque, chancre du pénis chez le mari, adénite indolente.

« Le quatrième vacciné est une fille de deux mois ; elle infecte sa mère (chancre du mamelon) : cette dernière infecte le mari (chancre de la verge). Un frère de l'enfant, âgé de quatre ans, faisait manger sa sœur avec sa cuiller ; il est infecté (chancre de la lèvre).

« Le cinquième est Joseph V***, âgé de neuf mois ; il infecte la nourrice (le mari n'eut rien) et le fils de la nourrice par un instrument de ménage. La mère, qui venait d'accoucher, réclame son enfant pour lui donner le sein et faire monter son lait avant que le nouveau-né ait pris. Le mari eut la syphilis à son tour.

« Le sixième enfant est resté indemne ; en tout 23 victimes, dont quatre morts.

« Le 23 mai 1862, le neuvième vacciné, Joseph V***, sert à vacciner neuf enfants qui demeurent indemnes. Le 31 mai, un de ces neuf enfants, Charles P***, sert à en vacciner trois autres, qui demeurent également indemnes. »

Deuxième fait. — « Le 21 septembre 1863, la fille d'un médecin de campagne, qui eut quelques jours après une éruption syphilitique générale, servit à vacciner deux enfants (Cornago et Corelli), à Almé, près de Bergame. Les boutons vaccinaux du vaccinifère, dans ce cas-ci comme dans le précédent, sont normaux. Mais les deux vaccinés ont des ulcères aux bras au bout de trente-cinq jours, et vers le milieu de novembre des plaques muqueuses aux fesses, au pourtour de l'anus, etc. Une des mères est devenue syphilitique. M. le docteur Adelasio pense qu'il faut accuser le virus vaccinal et non le sang. »

Nous pourrions ajouter d'autres faits à ceux que nous venons de faire connaître. Mais cette liste est déjà bien longue et plus que suffisante pour mériter une sérieuse attention. On remarquera

d'ailleurs que nous n'avons voulu nous occuper que des cas destinés à démontrer l'infection syphilitique produite par la vaccination; mais à côté de ceux-là il en est d'autres qui ont aussi un grand intérêt, et qui ont permis d'étudier l'influence de la vaccination sur la syphilis, qui existait déjà à l'état latent dans l'organisme. Ce sont là, on le comprend, deux questions parfaitement distinctes. Nous dirons ici peu de chose de la seconde. Tous les praticiens savent qu'alors même que la constitution est bonne, l'inoculation du vaccin produit un mouvement général qui se traduit quelquefois par des éruptions de formes variées et qui se généralisent; elles sont passagères et sans importance pour les enfants parfaitement sains. Elles peuvent être l'expression d'une diathèse jusque-là sans manifestations, quand il s'agit d'individus contaminés par voie héréditaire, par exemple. Le docteur Friedenger a publié le résultat de ses observations sur trois nouveau-nés syphilitiques vaccinés par lui; de son côté M. le docteur Viennois a fait connaître un cas de ce genre très-instructif, et il fait remarquer que beaucoup de praticiens en ont vu de semblables. Or, de tout cela il résulte que quand on vaccine un individu en puissance de syphilis, il est très-possible qu'on fasse se développer chez lui, non pas un accident local au point d'inoculation, mais des symptômes de syphilis constitutionnelle et des éruptions générales en particulier. C'est ce que nous avons eu occasion de voir nous-même un certain nombre de fois. Personne n'ignore que ce résultat n'est pas propre à la vaccine, et que toutes les fièvres éruptives peuvent exercer la même influence.

Revenons donc à la première question qui fait seule l'objet de ce travail, c'est-à-dire à la syphilis transmise au moment de l'inoculation vaccinale; cherchons comment il se fait que de nombreux praticiens aient nié pendant si longtemps la possibilité d'un pareil résultat. Plusieurs causes doivent être invoquées. Nous avons déjà parlé de la disposition des esprits dans les premiers temps de la découverte de Jenner; il n'était pas permis de supposer que l'inoculation du vaccin pût avoir des inconvénients. Plus tard quelques doctrines erronées de Hunter, relatives à la transmission de la syphilis, furent propagées parmi nous et devinrent des articles de foi pour de nombreuses générations médicales. Le prestige de l'école qui se donna pour mission de les populariser, fut si grand, elles paraissaient reposer sur des convictions si profondes, qu'elles finirent par passer dans la science et devinrent même la base des décisions des tribunaux. Il se rencontra bien à toutes les

époques quelques hommes qui ne se départirent pas des enseignements de la saine observation, et qui protestèrent au nom de l'expérience chaque fois qu'ils en trouvèrent l'occasion; mais leurs voix se perdirent longtemps dans la foule, et pendant plus de vingt ans la vérité fut constamment repoussée, au nom de principes réputés immuables.

On comprend qu'il dut en être pour la syphilis vaccinale comme pour la syphilis ordinaire. Le chancre seul étant réputé inoculable, était-il possible d'admettre qu'on pût puiser le virus syphilitique dans une pustule vaccinale ? que d'efforts pour atténuer la signification de certains faits qui étaient publiés de temps en temps ! Cependant le temps vint où il fallut se rendre à l'évidence, disciples et maîtres donnèrent l'exemple, et quoiqu'un peu tardive, cette réparation fut accueillie avec joie par tous les savants et donna une nouvelle force aux doctrines qui avaient été si longtemps repoussées.

Disons toutefois que, pour quelques-uns, la conversion ne paraît pas avoir été absolue, et, pour s'en convaincre, il suffit de se reporter aux réflexions que suggéra l'observation de M. Trousseau que nous avons rappelée plus haut.

La nature syphilitique des accidents que portait la jeune femme fut proclamée. Mais quelle en avait été la véritable source ? Sur ce point on s'efforça de jeter du doute dans les esprits, et si un instant on avait pu croire tout le monde d'accord, on ne tarda pas à s'apercevoir qu'il n'en était pas ainsi.

On soutint que la plaque muqueuse, c'est-à-dire l'accident le plus voisin du chancre, avait seule été inoculée jusqu'alors. Quant aux autres manifestations secondaires, on ne parut pas les en croire susceptibles; mais, en ce qui concerne le sang, on se prononça d'une manière absolue. Ni les expériences directes de Waller, ni celles de l'anonyme du Palatinat, ni celles de M. Gibert, de Pellizzari et de plusieurs autres encore n'ont pu convaincre certains esprits. Comment dès lors les trouverait-on disposés à reconnaître les faits de syphilis vaccinale ?

Voici, par exemple, ce qu'on dit à propos de la malade de l'Hôtel-Dieu. L'observation n'est pas entourée de toutes les garanties suffisantes, parce que, chez l'enfant qui a fourni du vaccin, les pustules s'étaient développées régulièrement; parce que, avec le même liquide, on a inoculé quatre autres individus qui n'ont pas été infectés; parce que la jeune femme syphilitique a quitté l'hôpital pendant un mois, et que n'ayant pas été observée pendant

ce temps, il n'est pas impossible qu'elle ait contracté la vérole hors de l'Hôtel-Dieu. A cette occasion on invoque les erreurs qui ont été plusieurs fois commises sur l'origine réelle du virus syphilitique, et on semble trouver tout naturel que le hasard le plus extraordinaire ait pu conduire sur la face externe et supérieure des bras, juste aux points d'inoculation qui étaient cicatrisés, du virus syphilitique puisé à sa source ordinaire. Une semblable hypothèse n'est pas de nature à faire perdre au fait de l'Hôtel-Dieu sa véritable signification. Les observations de Cerioli, les faits de Rivolta, ceux de M. Lecocq et beaucoup d'autres doivent éclairer d'une vive lumière; et à cette question : La vaccine peut-elle transmettre la syphilis ? on ne doit plus se contenter de répondre par un *immense point d'interrogation* et laisser simplement à l'observation ultérieure le soin de décider.

Malgré toute l'autorité qui appartient à certaines opinions, il est temps de le dire, l'expérience est assez complète, et au lieu de ce doute qu'on aimerait à proclamer, il faut savoir accepter la vérité, quelque triste qu'elle soit; et il est temps de placer à côté des faits déjà trop nombreux que possède la science un signal fortement accentué qui éveille l'attention de tous et qui nous fasse trouver le moyen d'éviter de nouveaux malheurs.

Il ne faut pas oublier, en outre, que, pour juger sainement une question de ce genre, il ne suffit pas de prendre les observations une à une, de les analyser séparément dans leurs plus petits détails et de les repousser absolument parce qu'elles laissent quelque chose à désirer. Il convient au contraire de les rapprocher les unes des autres et de savoir trouver dans ce rapprochement leur complément réciproque. Si on veut bien procéder de la sorte pour les faits que nous avons rapportés, nous avons la ferme conviction que, pour tout esprit non prévenu, il sera évident qu'on peut transmettre la syphilis par la vaccination.

Ce qui frappe tout d'abord quand on se place à ce point de vue, c'est l'identité du premier accident dans les cas de syphilis vaccinale. Qu'a-t-on vu en effet ? toujours à l'un ou à plusieurs des points de l'inoculation le développement d'un chancre spécifique avec tous ses caractères ; puis l'apparition successive des autres phénomènes plus tardifs de la vérole. Dira-t-on que cela ne démontre pas que la maladie ait été inoculée par l'opération vaccinale, et que les individus observés en avaient déjà acquis le germe par d'autres voies ? A cela il y a une réponse concluante, et c'est le chancre induré constamment observé sur les bras qui se charge de la donner. Il est toujours

là comme un témoin irrécusable qui atteste l'inoculation en ce point. On connaît d'ailleurs l'action que peut exercer le vaccin pur introduit dans une économie déjà contaminée par le virus syphilitique. La syphilis, demeurée jusque-là à l'état latent, peut bien se réveiller, mais elle témoigne toujours de sa présence par des manifestations d'un autre ordre.

On objecte encore que, dans certains des faits publiés, il y a une lacune capitale, puisque l'état syphilitique des enfants qui ont fourni le vaccin n'a pas été constaté, soit parce qu'ils ne présentaient aucune trace extérieure de la maladie, soit parce qu'on n'avait pas pu les observer. Mais on oublie qu'il n'en a pas été ainsi dans tous les cas, et dans plusieurs l'état syphilitique du vaccinifère a été très-positivement noté. Il suffit de rappeler le militaire dont a parlé M. Lecocq, et qui, trois mois avant qu'on prît du vaccin sur lui, avait eu à la verge un chancre induré. D'ailleurs, cette constatation n'a pas l'importance qu'on se plaît à lui donner. Dans la pratique ordinaire, quand un homme se présente avec un chancre induré, quand quelque temps après on voit se dérouler chez lui les autres symptômes de l'infection syphilitique, est-il donc absolument nécessaire de remonter à l'origine pour reconnaître la syphilis ? L'observation serait plus complète, mais elle ne serait pas plus concluante.

Ce qui étonne quelques esprits difficiles, c'est qu'avec du vaccin pris sur le même individu et dans la même séance, on inocule la syphilis à quelques-uns et que d'autres restent indemnes ! Mais n'est-ce pas là ce qu'on observe dans les inoculations de toute sorte ? Croit-on faire une objection bien sérieuse en disant que si le liquide était pris sur un chancre au lieu de l'être sur une pustule vaccinale, on arriverait à des résultats plus constants ? La seule conclusion qu'on puisse tirer de ces faits, c'est que le virus pris sur l'accident primitif s'inocule plus facilement que celui qui se mêle au sang ou au virus vaccin.

Enfin, on ajoute que des expériences directes ont été faites, et qu'elles sont restées sans résultat ; celles de M. Bidart sont consignées dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II. Le *Journal de médecine de Lyon* relate que, dès 1848, M. Montain a soutenu, devant la Société de médecine, avoir vu trente enfants inocculés avec du liquide vaccinal pris sur un sujet syphilitique, et chacun d'eux ne présenter ensuite d'autre maladie que l'éruption vaccinale.

MM. Schreier et Taupin ont pu recueillir des observations ana-

logues. Mais en quoi ces faits négatifs peuvent-ils infirmer les faits malheureusement trop positifs précédemment relatés ? Ils peuvent s'expliquer de plusieurs manières, et, pour M. Viennois, ils sont un nouvel argument en faveur de la théorie qu'il invoque.

S'il est vrai, comme il nous paraît difficile de le contester, qu'on soit exposé à transmettre la syphilis par la vaccination, sait-on avec la même certitude quel est l'agent de cette transmission? Est-ce le sang ? Est-ce le virus vaccin ? L'école de Lyon, qui a fait faire depuis quelques années de si grands progrès à diverses questions se rattachant à la syphilis, proclame que le premier de ces liquides renferme seul le virus syphilitique, et qu'on peut impunément prendre du vaccin sur un individu contaminé, pourvu qu'on ne le mêle pas avec du sang. Plusieurs faits ont été publiés par M. Viennois qui viennent à l'appui de cette manière de voir. Il en est de même de celui que j'ai emprunté à la *Gazette des hôpitaux* (22 octobre 1864). On serait heureux de pouvoir se rattacher à cette opinion d'une manière absolue, car, si elle était fondée, il dépendrait toujours de nous de faire disparaître le danger. Malheureusement l'expérience ne nous paraît pas avoir dit son dernier mot sur ce point capital, et il faut bien convenir que, théoriquement, il est difficile de comprendre une distinction aussi radicale. Nous ne saisissons pas bien ce qu'a voulu dire M. Viennois, quand il nous représente le vaccin renfermé dans ce qu'il appelle *la poche vaccinale*. On rencontre bien une certaine quantité de ce liquide dans l'épaisseur de la pustule, mais ce n'est que la minime partie de celui qu'on peut y puiser dans une séance de vaccination. Voici, en effet, ce qu'on observe : Quand, avec la lame d'une lancette horizontalement conduite, on a entamé en plusieurs points l'épiderme épaissi, on voit apparaître, au bout de quelques instants, une ou plusieurs gouttelettes d'un liquide transparent et incolore, quelquefois légèrement citrin. Généralement, on peut puiser à cette source pendant un temps assez long pour acquérir la certitude qu'il n'était pas renfermé en totalité dans l'épaisseur de la pustule vaccinale; mais on fait souvent une expérience qui le démontre sans réplique. Il suffit d'enlever toute l'enveloppe extérieure, de mettre le derme à nu et de l'essuyer complétement avec un linge. Au bout de quelques instants, on voit poindre un nouveau liquide qui a les mêmes apparences que le premier, qui produit les mêmes résultats, et qui est évidemment fourni par les capillaires du derme dénudé. Il est souvent assez abondant pour qu'on puisse en remplir deux ou trois tubes. Plus d'une fois nous avons trouvé ainsi sur la même pustule vaccinale de quoi inoculer

plus de cent enfants. Ce qui prouve bien encore que ce liquide, appelé virus vaccin, est loin d'être étranger à certains éléments du sang et au sérum en particulier, c'est que, quand on le recueille sur un enfant très-jeune encore atteint de l'ictère des nouveau-nés, il offre une couleur jaune, quelquefois très-marquée, sans que cela paraisse diminuer ses propriétés.

Quand on réfléchit à tout cela, n'est-on pas conduit à se demander en quoi le mélange de quelques globules sanguins peut changer les qualités fondamentales du liquide et lui donner la propriété de communiquer la syphilis ? La théorie, il faut en convenir, est séduisante; elle s'appuie sur quelques faits qui doivent fixer l'attention. Mais il ne nous semble pas qu'elle soit encore assise sur des bases assez solides pour qu'on puisse l'adopter sans faire des réserves; il faudra certainement en tenir compte dans la pratique, mais, jusqu'à nouvel ordre, il ne nous paraît pas permis de se croire dans une sécurité complète, parce qu'on a évité de faire couler du sang en recueillant le vaccin.

Que faut-il donc faire pour éviter de voir se reproduire les accidents qui ont si justement ému les médecins dans ces dernières années ? Je ne suppose pas qu'il puisse venir à l'esprit de personne qu'il faille renoncer aux immenses bienfaits de la vaccine. C'est sur des millions d'individus que le vaccin a été inoculé jusqu'à ce jour avec avantage, et quoiqu'elle se soit déjà trop souvent répétée, la syphilis vaccinale ne constitue en somme qu'une bien rare exception. Où en serions-nous en thérapeutique médicale ou chirurgicale s'il fallait repousser un médicament ou un procédé opératoire parce qu'il ne réussit pas toujours, et qu'il peut, dans quelques cas exceptionnels, devenir nuisible ! La perfection est une chimère après laquelle il ne faut pas trop courir, et, comme toujours, entre deux maux il faut savoir choisir le moindre. C'est à diminuer encore les quelques inconvénients d'une méthode si utile qu'il faut surtout s'attacher, et on peut facilement y parvenir en entourant la vaccination de toutes les précautions dont on a le tort de se départir trop souvent en se fiant aveuglément à des doctrines syphilitiques ou vaccinales dont le temps a fait justice.

Le point capital est de ne puiser le vaccin qu'à des sources pures, et cela n'est pas aussi difficile qu'on s'est plu à le dire. Généralement, c'est sur de jeunes enfants qu'on le recueille, c'est-à-dire à une époque de la vie où, quand la syphilis existe, elle a été transmise le plus habituellement par hérédité. Or, dans cette supposition, quelle est l'époque d'apparition des manifestations extérieures

de la syphilis ? De l'aveu même de ceux qui pensent qu'elles existent rarement au moment de la naissance, il résulte qu'elles sont promptes à se produire quand le fœtus a quitté le sein maternel. M. Diday, par exemple, qui a donné à ce sujet un tableau fondé sur 158 cas, est arrivé aux résultats suivants :

Le mal s'est déclaré :

Avant un mois révolu depuis la naissance......	86
— deux mois..............................	45
— trois mois..............................	15
A quatre mois..............................	7
A cinq mois................................	1
A six mois.................................	1
A huit mois................................	1
A un an....................................	1
A deux ans.................................	1

En ne s'arrêtant qu'au premier chiffre, 86 sur 158 avant la fin du premier mois, n'est-on pas forcé de convenir combien est hâtive la tendance à cette manifestation ; mais il ne faut pas oublier que d'autres observateurs, placés dans des conditions favorables pour voir des cas de ce genre, assurent que c'est au moment de la naissance que les enfants syphilitiques portent des traces extérieures de leur affection. L'un d'eux n'affirmait-il pas récemment, au sein de l'Académie, qu'il avait vu plus de cent faits de ce genre.

Il est bien rare, si ce n'est en temps d'épidémie et dans les hôpitaux, qu'on vaccine les enfants avant cinq à six semaines ; et par cela même, le danger déjà peu grand de la syphilis vaccinale se trouve encore de beaucoup diminué. Dans tous les cas, comme sur une pareille question on ne saurait s'entourer de trop de précautions, il est bien facile de s'imposer pour règle générale de ne recueillir du vaccin que sur des enfants qui auraient dépassé le deuxième mois.

Il faudra, en outre, les examiner des pieds à la tête, éloigner tous ceux qui auraient quelque éruption suspecte, ne s'adresser qu'à ceux qui sont gros et frais, et avoir autant que possible des renseignements précis sur les antécédents des parents ; si on ne s'écarte pas de ces règles, on peut marcher hardiment et continuer comme par le passé les vaccinations de bras à bras. Si on n'a pas la certitude absolue d'avoir écarté tout danger, on peut du moins se rendre le témoignage qu'on a rempli son devoir aussi bien que possible dans l'état actuel de la science.

Quoiqu'il ne paraisse pas absolument démontré que le sang soit

le seul agent de la transmission syphilitique, il faut éviter de le faire couler en ouvrant la pustule vaccinale, et si on n'a pas réussi, il sera bien d'essuyer avec un linge et d'attendre qu'une nouvelle gouttelette à peu près incolore apparaisse à la surface du bouton. Si on ne pouvait faire disparaître la partie colorante du sang, mieux vaudrait abandonner cette pustule et s'adresser à une autre.

Rien n'est à dédaigner sur un sujet aussi important, l'expérience a démontré que l'inoculation avec l'aiguille donne, au point de vue de la vaccine, des résultats aussi satisfaisants que l'inoculation avec la lancette ou par d'autres méthodes généralement abandonnées; or, avec le premier de ces instruments, qui est à peu près le seul dont on se serve à l'Académie depuis plus de huit années, on introduit une beaucoup moins grande quantité de liquide et on diminue d'autant les chances de l'infection syphilitique. Peut-être serait-il bien de généraliser ce mode opératoire, qui a d'ailleurs plusieurs autres avantages [1].

D'un autre côté, si l'aiguille fait pénétrer moins de vaccine, elle fait aussi couler moins de sang sur l'individu vacciné; et si par malheur celui-ci était syphilitique, il y aurait beaucoup moins à craindre de retirer l'instrument chargé de ce liquide, et d'inoculer, à d'autres enfants qui seraient vaccinés dans la même séance, le principe syphilitique puisé à cette source.

Vivement impressionnés par le récit des faits malheureux qui ont été publiés dans ces dernières années, quelques médecins ont proposé de renoncer à l'inoculation de bras à bras, et de ne se servir que de virus conservé dans des tubes. Il est difficile d'admettre qu'on trouvât là une ressource bien efficace, tout dépendrait du liquide ainsi mis en réserve; et si on avait négligé les précautions dont nous avons parlé à propos des enfants sur lesquels on puise le virus vaccin, les résultats ne seraient probablement pas modifiés : le virus syphilitique se conserve aussi et peut être transporté dans des tubes.

M. le docteur Viennois, qui est disposé à accorder quelque valeur à cette réforme, ne la croit pas cependant suffisante, et il en propose une beaucoup plus radicale. Revenons, dit-il, au cow-pox. Il voudrait que l'industrie privée s'emparât de cette idée; que des génisses fussent inoculées toute l'année, de manière à fournir en tout temps un liquide vaccinal efficace et sans danger. Notre confrère

---

[1] Voir, sur ce procédé opératoire, une note dans le *Bullet. de Thérapeut.* t. LXVI, p. 465.

fait remarquer qu'il n'a pas la prétention d'indiquer une chose nouvelle ; il sait que cette coutume existe à Naples depuis cinquante ans parmi les gens de la classe aisée, et il voudrait la voir se généraliser chez nous. Nous pouvons ajouter qu'un médecin de Paris, mort depuis quelques années, mû par d'autres motifs que la crainte de la syphilis, était entré dans cette voie, et pendant longtemps on a pu voir à certaines époques l'annonce de vaccinations faites avec du vaccin pris sur la génisse. Cette tentative n'eut pas grand succès, et elle resta concentrée dans la pratique du docteur James.

Elle semble devoir se renouveler de nos jours, car elle a séduit deux jeunes médecins qui paraissent animés des meilleures intentions, et l'un d'eux est récemment parti pour Naples, dans le but d'y étudier sur place une institution que l'on dit y rendre des services depuis longues années.

En se plaçant à un point de vue purement scientifique, s'il était démontré que l'espèce bovine est absolument réfractaire à l'action du virus syphilitique, et qu'elle n'est pas d'ailleurs sujette à d'autres maladies capables de se transmettre par inoculation, il serait difficile de ne pas voir dans cette idée un véritable progrès, qui ferait cesser des inquiétudes légitimes en rendant à la vaccination toute sa sécurité ; mais il ne faut pas se dissimuler qu'elle rencontrera de bien grandes difficultés pour sa mise en pratique. Ce qui pourra être fait pour les grands centres de population, ne saurait l'être pour les petites villes et les campagnes ; attendons toutefois le résultat des études qui vont être entreprises et sachons les encourager, en nous souvenant que nous vivons à une époque et dans un pays où rien de ce qui est véritablement utile n'est impossible.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Découverte de l'alcaloïde de la fève du Calabar.

L'an dernier nous avons publié un travail de deux chimistes allemands qui prétendaient avoir découvert le principe actif de la fève de Calabar. Il paraît que cette substance n'était autre qu'un extrait. Il n'en est pas de même du produit fourni par nos deux compatriotes.

Voici par quel procédé MM. Amédée Vée et Manuel Leven sont parvenus à en extraire cet alcaloïde :

La fève du Calabar, réduite en poudre fine, est épuisée par l'al-

cool à 95 degrés (centésimaux) employé à froid. Les liqueurs alcooliques, distillées avec précaution, en commençant par les plus étendues, laissent un extrait qu'on mélange intimement avec de l'acide tartrique en dissolution concentrée : après un contact suffisamment prolongé, on étend d'eau, on filtre, puis on sursature la liqueur filtrée avec du bicarbonate de potasse en poudre ; on filtre de nouveau, et l'on agite à plusieurs reprises avec de l'éther qui laisse par l'évaporation l'alcaloïde mélangé de substances étrangères. On le dessèche en l'exposant sous une cloche au-dessus de l'acide sulfurique, et on le reprend par l'éther anhydre qui le laisse déposer à peu près pur. Par des cristallisations reposées, soit dans l'éther, soit dans l'alcool, on parviendrait sans doute à le débarrasser entièrement de la matière colorante rouge qui l'accompagne; mais elle y adhère avec tant d'opiniâtreté, qu'il est très-difficile d'en séparer les dernières traces si l'on opère sur des quantités un peu grandes.

L'ésérine est solide, cristallisable; douée d'une saveur très-faiblement amère qui ne se développe que lentement. Elle est soluble dans l'éther, l'alcool, le chloroforme, fort peu dans l'eau, à laquelle elle communique cependant une réaction franchement alcaline. Les cristaux sont des lamelles très-minces, de forme rhombique parfaitement régulière, ou altérée par des modifications sur les angles obtus, se colorant dans la lumière polarisée. Les acides dissolvent facilement l'*ésérine*, et les dissolutions ainsi obtenues précipitent par les réactifs généraux des alcaloïdes. Chauffée sur une lame de platine, elle fond, répand d'abondantes vapeurs blanches et brûle sans résidu. Ses sels, presque tous solubles, seront l'objet d'une étude ultérieure. L'ésérine en dissolution agit promptement sur la pupille humaine. Une seule goutte d'une dissolution *au millième* introduite dans l'œil suffit pour prévenir une contraction excessive et persistante.

Voici deux expériences prouvant comparativement le pouvoir de l'extrait et celui de l'alcaloïde.

Exp. I. *Extrait de la fève du Calabar*. Nous injectons 20 milligrammes d'extrait sous la peau d'un cochon d'Inde.

Après dix minutes, affaiblissement du train postérieur.

Après une demi-heure, faiblesse du train antérieur ; yeux larmoyants, aucune *contraction pupillaire ;* mais convulsions des globes oculaires en haut.

Après une heure, mort.

Exp. II. On injecte 1^{mgr},5 de l'alcaloïde sous la peau d'un cochon d'Inde.

Après cinq minutes, paralysie du train postérieur.

Après quinze minutes, paralysie des membres antérieurs; aucune *contraction pupillaire;* respiration lente et saccadée; pupilles dilatées.

Mort après une demi-heure.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la syndactylie congénitale et de son traitement.

La syndactylie congénitale se présente au chirurgien sous des aspects souvent fort dissemblables. Le traitement chirurgical dirigé contre elle doit donc nécessairement varier, si l'on veut obtenir un résultat; les deux faits suivants me paraissent en être une preuve.

Obs. I. Escoffier, âgé de vingt-deux ans, est affecté d'une syndactylie congénitale complète de tous les doigts de la main droite. Les

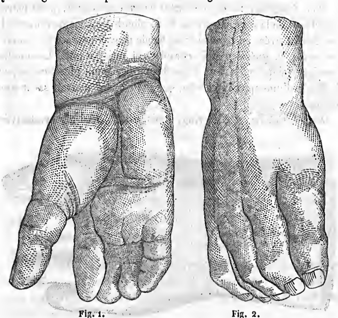


Fig. 1. Fig. 2.

diverses pièces du squelette ont conservé leur indépendance; la peau forme un sac qui maintient solidement rapprochées les saillies digitales; elle est très-tendue à la face dorsale, et plus encore à la face palmaire.

Les mouvements étaient tellement gênés, que ce jeune homme ne pouvait pas même saisir les instruments les plus grossiers.

Le 9 février 1860, je sépare le pouce de l'index, et je pratique l'autoplastie de Zeller. Le lambeau dorsal se gangrena au bout de peu de jours.

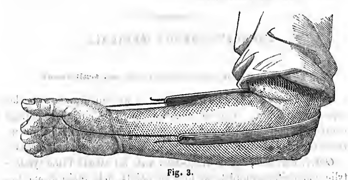


Fig. 3.

Pour éviter un bourgeonnement charnu trop actif, je fis placer au niveau de la commissure un fil de plomb dont les deux extrémités étaient tirées en haut par une bande de caoutchouc. Six semaines après, la guérison était complète et satisfaisante. Les quatre derniers doigts jouissaient d'une flexion beaucoup plus étendue, et le pouce d'une opposition telle, que mon opéré pouvait saisir une épingle.

Obs. II. Cotelle, âgé de vingt mois, est affecté d'une syndactylie

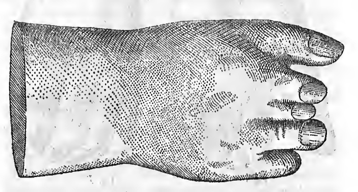


Fig. 4.

congénitale de tous les doigts de la main droite. Il y a en même temps une atrophie de cet organe, non-seulement pour les phalanges, mais encore pour les métacarpiens. Cependant le pouce a un vo-

lume beaucoup plus considérable que les autres doigts, tandis que le médius est presque rudimentaire. La préhension et l'opposition s'exécutent avec assez de facilité.

Le 29 octobre 1861, je dissèque trois lambeaux dorsaux par le procédé de Zeller. Dans celui du milieu est comprise toute la peau du médius qui est désarticulé. Les lambeaux sont maintenus en place par des sutures d'argent. Quinze jours après, la réunion était complète. Le pouce est aussi bien conformé qu'à l'état normal; mais les autres doigts conserveront toujours des traces de leur atrophie congénitale. La préhension des objets se fait avec beaucoup plus de facilité, et les doigts se fléchissent beaucoup dans la paume de la main.

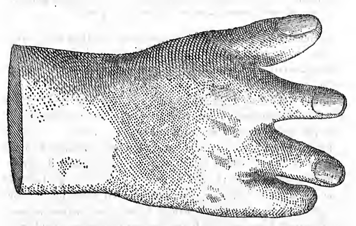


Fig. 5.

L'autoplastie doit être appliquée toutes les fois qu'on pourra tailler des lambeaux suffisamment doués de vitalité; mais, si l'on redoute une inflammation gangréneuse, il est prudent, je crois, surtout chez les adultes, de recourir à l'incision simple suivie d'une traction élastique.

M. Verneuil a donné un très-bon précepte en conseillant de désarticuler le doigt le plus imparfait et d'employer ses téguments pour maintenir les autres séparés. J'ai eu à me louer beaucoup d'avoir suivi cette pratique.

Je pense qu'il vaut mieux opérer de bonne heure, parce qu'on a plus de chance de voir ensuite les doigts se développer et prendre du mouvement. Si l'on eût attendu jusqu'à l'âge de vingt-deux ans pour opérer le sujet de la deuxième observation, il est fort possible

que la peau se fût rétractée comme chez M. Escoffier, et qu'il eût été impossible de procéder à la confection de lambeaux autoplastiques suffisamment épais pour amener la guérison.

Dr X. DELORE,
Chirurgien en chef désigné de la Charité.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies vénériennes, leçons cliniques sur les affections blennorrhagiques, le chancre et la syphilis, par M. le docteur Edmond LANGLEBERT, professeur libre de clinique et de pathologie spéciales, recueillies et publiées par M. Evariste MICHEL, chef de clinique du dispensaire du docteur Edmond Langlebert, revues par le professeur.

Décidément, quelle charade jouons-nous en matière de syphilis? Y a-t-il un ou plusieurs virus syphilitiques? Les lésions syphilitiques secondaires peuvent-elles, oui ou non, transmettre la vérole? Celle-ci est-elle transmissible aux animaux, sans s'y éteindre à la première génération des accidents? La vérole, la vraie vérole, dans le sens des dualistes les plus convaincus, peut-elle guérir par le seul fait d'une intoxication au minimum de puissance, et par le jeu spontané de la vie dans un organisme vigoureusement trempé? etc., etc. Telles sont les questions simples, semble-t-il, qui se débattent encore à l'heure qu'il est dans le camp des spécialistes les plus ardents à la lutte qui se rencontrent en médecine, et dont la solution toujours retardée semble devenir une énigme impossible à deviner. Dans un de ces livres, dont on regarde de suite le millésime, pour s'assurer qu'il n'est pas la réimpression de soliloques de quelque moine oublié des onze ou douzième siècle, un théologien se posait dernièrement la question de savoir si le diable était médecin. Assurément non, il ne l'est pas; car, pour peu qu'il s'entendît en médecine, il trouverait bien çà et là, parmi les syphilographes, quelque adepte privilégié auquel, en retour de son dévouement, il n'eût pas manqué de souffler, depuis longtemps, une réponse à ces questions. Pour nous, qui croyons médiocrement au diable, ce n'est pas à lui que nous nous adresserions pour édifier la science sur ce point, mais bien plutôt à l'amour désintéressé de la vérité, que de petites passions, de mesquines rivalités d'école voilent bien souvent aux intelligences les plus sagaces et les plus attentives. Comment! nous ne savons pas encore d'une manière positive si le virus syphilitique est transmissible aux

animaux, si ce virus est un ou multiple ; nous hésitons encore sur la question de savoir si les symptômes secondaires de la vérole peuvent transmettre cette maladie à un organisme indemne ! Croyez-le bien, ce ne sont point là des questions tellement complexes, qu'elles ne fussent depuis longtemps résolues, si nous ne les avions mêlées imprudemment aux luttes de passions plus ou moins antiscientifiques. Tôt ou tard, espérons que ce sera bientôt, le jour pur se lèvera sur ces questions, comme sur une foule d'autres, sur lesquelles nous faisons la nuit, et la vérité resplendira de manière à forcer la conviction dans les esprits les plus difficiles.

M. le docteur Edmond Langlebert, après avoir sérieusement étudié tous ces problèmes, ou la plupart de ces problèmes si ardemment controversés, vient aujourd'hui, à son tour, dire au monde médical ce qu'il pense sur ces questions ardues : doctrine et pratique sont le double but qu'il se propose dans le livre intéressant dont il s'agit en ce moment, et il s'est efforcé de répandre sur l'un et sur l'autre tous les trésors d'une expérience déjà longue. Pour ce qui est de la doctrine proprement dite, il est plus d'un point sur lequel, il faut bien le reconnaître, à moins de se renfermer dans un scepticisme qui dépasse les bornes des prudences de l'esprit, nous n'hésiterions pas à nous ranger du côté de notre savant syphilographe ; mais il en est quelques-uns aussi à propos desquels nous jugerions très-sage de nous tenir sur une prudente réserve, si nous n'inclinions à une séparation plus accentuée. Il en serait à coup sûr ainsi, par exemple, si nous avions à nous prononcer catégoriquement sur la question de l'unité ou de la pluralité des virus. M. Langlebert se prononce nettement pour l'unité, ou si l'on veut parler un français douteux, l'unicité du virus syphilitique. Tout ce qu'on peut dire pour justifier cette opinion, l'auteur l'a compendieusement résumé dans une discussion bien conduite, et pourtant, avouons-le, il ne nous a nullement convaincu. Il est surtout un argument sur lequel il a singulièrement insisté, pour prouver sa thèse, et cet argument n'a pas assurément la solidité que lui suppose notre laborieux auteur. Nous entendons parler ici, on l'a peut-être déjà supposé, des caractères distinctifs du chancre simple, du chancre mou, de la chancrèle de M. Diday, et du véritable chancre syphilitique. M. Langlebert prétend, à ce propos, que parce que, dans quelques cas, il faut demander aux caractères extrinsèques, concomitants de ce dernier, la marque unique qui le distingue du chancre mou, cette distinction est purement nominale, une pure vue de l'esprit. Laissons parler

l'auteur sur ce point capital, en syphilographie, on comprendra mieux sa pensée... « Cependant, dit-il, il est des cas, où cette distinction est possible, facile même. Souvent, je vous l'accorde, en présence de tel ulcère primitif, nous pouvons dire sans hésiter : ce chancre est infectant. Mais sur quels signes basons-nous alors notre diagnostic ? est-ce sur les caractères appartenant en propre à l'ulcération chancreuse ? est-ce d'après sa forme, ses dimensions, sa couleur, etc. ? Non. Nous reconnaissons que ce chancre est infectant, parce qu'il est induré, ou à défaut de ce signe, parce qu'il s'accompagne de la pléiade ganglionnaire caractéristique de l'infection. Mais l'induration n'est pas le chancre, c'est un produit étranger, un élément nouveau que lui a apporté la diathèse déjà établie. » Pour moi, je le dis sans ambages, cet argument n'est que spécieux, et n'aura jamais de valeur qu'aux yeux des hommes qui font de la médecine une chirurgie interne, et ne savent pas s'élever à la hauteur de la véritable conception de la vie. La pustule stibiée ne diffère presque en rien de la pustule variolique, quant à ses manifestations locales, mais elles diffèrent essentiellement l'une de l'autre par la manière dont l'organisme vivant s'y associe dans l'ensemble de ses fonctions. Depuis quand faut-il, pour imprimer à la science des maladies une marche plus philosophique, se baser uniquement sur les caractères bornés des localisations morbides ? Nous ne savons qu'une école, qui ne compte guère pour adeptes que quelques esprits prédisposés, le pathonomisme, où l'esprit, dans la conception de la maladie, n'aille point au delà de la lésion locale, et dans les entités morbides le plus énergiquement exprimées, ne voie rien de plus que des organopathies, pour nous servir du jargon de cette école primitive.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur cette question. Que ceux des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* qui voudraient chercher à s'édifier sur ce problème difficile, lisent avec attention les pages convaincues où M. Langlebert a consigné son opinion à cet égard ; mais qu'avant de se rendre, ils réfléchissent, et ne se livrent pas. Outre que d'excellents esprits sont arrivés, après une observation attentive des choses, à une conclusion directement opposée à celle-là, tout esprit, quelque peu sagace, sent d'instinct que la vérité n'est point là, ou au moins ne s'y montre encore qu'à l'état de lueur intermittente ; ce n'est point là la pleine lumière du jour.

Mais si, comme nous venons de le dire à propos d'une seule question de doctrine syphilographique, nous faisons nos réserves,

quant à la vérité de celle-ci, telle que la développe notre savant confrère dans son livre intéressant, nous serons beaucoup plus explicite en ce qui touche à la pratique proprement dite, qui y est non moins largement développée. A ce point de vue, il ne faut pas l'oublier, il ne s'agit pas seulement, dans l'ouvrage de M. le docteur Langlebert, des maladies syphilitiques proprement dites, les maladies vénériennes, qui s'en distinguent essentiellement, y sont également traitées de main de maître. Telle est même à ce propos notre impression, que si nous avions à nous prononcer sur la valeur didactique relative des deux parties de l'ouvrage de notre intelligent confrère, nous inclinerions à placer en première ligne les longues pages consacrées aux maladies vénériennes qui n'ont rien à faire avec le virus ou la diathèse syphilitique. C'est ainsi, pour ne citer que quelques points de cette longue et souvent difficile pathologie, que M. Langlebert a répandu de vives lumières sur les érosions balaniques qui pourraient en imposer à plusieurs pour des chancres mous, ou même parcheminés, sur la lymphangite aiguë, et surtout chronique du prépuce, etc., etc., et qu'il a émis, sur ces diverses questions, soit en matière de diagnostic différentiel, soit en matière de thérapeutique, les idées les plus saines et les règles pratiques les plus rationnelles.

Il en est de même pour la thérapeutique des maladies syphilitiques proprement dites ; tout y est marqué au coin d'un enseignement aussi sûr que le permet l'état de la science. Nous n'y signalerons qu'une lacune importante, c'est celle du traitement purement hygiénique qu'a préconisé M. Diday dans les syphilis s'observant en certaines conditions de communication, de tempérament, de constitution, et où les préparations hydrargiriques, qui sont toujours dangereuses, quand elles sont inutiles, doivent être épargnées aux malades, pour ne leur faire courir aucun risque. Cette vérité résulte pour nous de quelques observations qui ne laissent place à aucun doute dans notre esprit.

Nous voudrions, en finissant, indiquer à quelle école appartient l'auteur dont nous venons de parler dans cette notice ; mais nous ne savons : quand il s'agit à la fois, et de spécialité et d'école, nous craignons toujours un peu que, dans le nombre de ceux qui composent celle-ci, il ne s'y introduise subrepticement quelques adeptes indignes qui la font dégénérer en boutique. Comme, à cet endroit, M. le docteur Langlebert ne peut pas même être soupçonné, nous aimons mieux laisser cette question indécise, et dire seulement qu'il appartient à l'école des observateurs attentifs,

indépendants, qui ne reconnaissent qu'un drapeau, celui de la vérité : c'est là la bonne école, car c'est celle des honnêtes gens.

BULLETIN DES HOPITAUX.

NOUVEAUX CAS DE NÉVRALGIES REBELLES TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES AU CHLORHYDRATE DE MORPHINE. — Plus l'efficacité d'une méthode thérapeutique est réelle, incontestable, plus il importe d'en propager et d'en régler en quelque sorte l'emploi, en montrant le véritable terrain pratique de ses applications. Certes, la méthode hypodermique a fait ses preuves ; mais, comme bien d'autres, elle n'est pas infaillible, et il ne peut être inutile de multiplier les cas qui ont été réellement favorables à son action, afin que, guidée par l'analogie, la détermination du praticien soit plus prompte et plus sûre, en même temps que moins exposée aux déceptions : c'est ce qui nous engage à résumer ici les faits suivants empruntés à M. le docteur G. Dugardin-Beaumetz, faits dont la relation très-soignée augmente l'intérêt et la portée :

Obs. I. Il s'agit en premier lieu d'une *névralgie brachiale* très-rebelle chez une dame de quarante-deux ans. — Au mois de juin 1864, cette dame ressentit dans le bras gauche une douleur qu'elle attribua à un effort fait pour atteindre un objet trop haut placé. La douleur est erratique, occupant tantôt le coude, tantôt le poignet ou l'épaule ; elle augmente durant la nuit. Le membre n'offre pas de trace de gonflement ni de contusion. — Applications de pommade chloroformée. — Un mois plus tard (juillet 1864), les douleurs ont pris une telle intensité, que, depuis plusieurs nuits, la malade n'a pu trouver un seul instant de repos ; vésicatoires, emplâtre thapsia, cataplasmes de grande consoude, etc., tous moyens conseillés par les personnes de l'entourage, n'apportent aucun soulagement à ces douleurs, qui semblent au contraire s'accroître. Elles occupent maintenant un siége à peu près constant, qui est le trajet des nerfs médian et radial ; elles sont continues, mais sujettes à des exacerbations qui constituent de véritables accès, pendant lesquels la malade jette les hauts cris, saisit le membre malade et s'efforce de le maintenir dans l'immobilité la plus complète ; le moindre mouvement, le moindre ébranlement même occasionnent de vives souffrances. La pression permet de déterminer les points où la douleur présente son summum d'intensité : à l'épaule, la partie postérieure et externe de cette région (nerfs circonflexes) ; au coude, au niveau des plis du

coude et en arrière, en dedans de l'épicondyle (nerfs médian et radial); enfin, à la région extérieure de l'avant-bras, aux extrémités inférieures du pouce, de l'indicateur et du médius. — Il y a en outre une hyperesthésie cutanée de tout le membre, et un affaiblissement notable de la motilité; pendant les crises douloureuses, le membre est soumis à un tremblement général, surtout appréciable à la main. L'examen le plus attentif du bras gauche et de la région cervicale et dorsale de la colonne vertébrale ne révèle l'existence d'aucun gonflement ou tumeur auxquels les douleurs puissent être rattachées. La continuité de celles-ci et l'absence de sommeil ont amené un grand affaiblissement dans l'état général.

Les pommades et les liniments calmants, les pilules opiacées, l'électricité, l'hydrothérapie, d'abord et successivement mis en usage n'eurent aucun résultat; alors furent injectées à la partie postérieure du coude 10 gouttes de la solution suivante : Atropine, 30 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée. Mais il survint des phénomènes d'intoxication qui obligèrent à abandonner le médicament. On eut recours à une solution de chlorhydrate de morphine contenant 2 milligrammes par goutte, et 2 centigrammes du sel de morphine furent d'abord injectés avec la seringue de Pravaz à la partie postérieure du bras. Quelques minutes après, la malade éprouva une sécheresse très-notable de la bouche et de l'arrière-gorge, puis une sensation de pression au niveau des tempes, phénomènes qui firent place bientôt à un état de bien-être et de demi-sommeil, une cessation complète des douleurs, même dans les mouvements les plus complexes; puis à cette première période de repos succéda un sommeil assez calme, pendant lequel il y avait quelque ressouvenir des douleurs, mais si léger, que la rémission n'avait jamais été, depuis le début de la maladie, ni aussi notable ni aussi prolongée. Toutefois, elles avaient reparu avec leur première intensité, vingt-quatre heures après; mais la même opération amena les mêmes résultats que la veille, avec production des mêmes phénomènes. Tous les jours jusqu'au 13 août, l'injection sous-cutanée fut renouvelée, tantôt à l'épaule, tantôt à l'avant-bras ou au bras; la dose ne dépassa jamais 3 centigrammes. Les douleurs cessèrent peu à peu; l'état général s'améliora; l'hydrothérapie et les bains de mer complétèrent la cure, qui est aujourd'hui parfaite.

Obs. II. Un second fait est relatif à une *névralgie sciatique* contractée par un employé, âgé de trente-cinq ans, à la suite d'un bain froid pris après une course fatigante et une grande chaleur : une douleur vive se fit immédiatement sentir dans toute l'étendue

de la jambe; la marche devint impossible, les mouvements qu'elle nécessitait augmentant beaucoup les douleurs. Celles-ci sont continues, et pour en indiquer le siége, le malade trace assez bien le trajet du nerf sciatique; on constate par la pression les points douloureux suivants: le point fessier, le point poplité et le point péronier.

En raison de l'acuité des douleurs, on a recours immédiatement aux injections de chlorhydrate de morphine : le 1er août, une première injection de 1 centigramme est faite au niveau du point fessier qui est le plus douloureux; cinq minutes après, les douleurs ont complétement disparu. Le 2, nouvelle injection à une heure; le malade n'a pas éprouvé la moindre douleur jusqu'à dix heures du soir; elles se sont reproduites, mais beaucoup plus modérées que précédemment dans la nuit; autre injection cette fois de 2 centigrammes; sommeil calme une heure après l'opération. Les injections furent ainsi continuées journellement jusqu'au 10 août, en diminuant progressivement la dose, qui finit par n'être plus que de 1/2 centigramme de sel de morphine. L'amélioration augmenta progressivement; à cette dernière époque, il ne restait de la névralgie qu'un simple engourdissement. Un mois passé à la campagne fit disparaître ce dernier symptôme, et aujourd'hui la guérison est complète.

Ces faits, au point de vue du résultat obtenu, ont à peine besoin de commentaire; mais parmi les enseignements qu'ils portent avec eux, il en est quelques-uns qui, pour ne pas être entièrement nouveaux, n'en sont pas moins très-remarquables, grâce au soin qu'a pris l'observateur de les mettre en relief : nous rappellerons, en particulier, la rapidité immédiate de l'effet produit par l'injection, mais effet plus ou moins momentané, auquel il ne faut point se laisser prendre, et qui, pour être durable, exige le renouvellement des injections, continué avec une ténacité proportionnée en quelque sorte avec la ténacité du mal. Nous signalerons enfin les manifestations toxiques de l'atropine dans le premier cas, lequel vient s'ajouter à beaucoup d'autres, pour assurer à la morphine, dans ces circonstances, une préférence incontestable.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De la vaccination animale. La transmissibilité du virus syphilitique par le vaccin, quel qu'en soit le mode, est un fait désormais incontestable; et si le moindre doute pouvait encore s'élever à cet égard, il s'évanouirait certainement à la lecture du remarquable travail de M. Depaul. (V. plus haut *Thérapeutique chirurgicale.*) Un fait aussi grave devait nécessairement faire surgir des préoccupations en rapport avec cette gravité, préoccupations de nature à sauver les bienfaits de la vaccination tout en mettant à l'abri de ses dangers : c'est à la prophylaxie que l'on a dû demander les moyens d'y parvenir. Plusieurs précautions, plus ou moins efficaces, ont été déjà recommandées : nous avons indiqué nous-même un procédé opératoire ayant pour but d'éviter les chances de transmission, c'est la vaccination par l'aiguille, mise depuis longtemps en pratique à l'Académie par l'habile directeur de la vaccine. (*Bulletin*, t. LXV, p. 465.) Nous ne parlons pas des soins minutieux qui doivent présider au choix du vaccinifère et de l'enquête sévère à laquelle il importe de se livrer sur ses antécédents, toutes choses qui s'imposent d'elles-mêmes. Il est certain que ces précautions bien prises préserveront de tout danger dans la majorité des cas, et cette certitude est heureuse pour la pratique et sa juste sollicitude; mais, il faut l'avouer, elles ne permettent pas d'éviter la véritable source de ce danger, source, si l'on peut ainsi dire, essentiellement *humaine.* On comprend, dès lors, que les regards se soient tournés vers l'origine primitive du vaccin, le *cow-pox* ou vaccin animal, d'autant mieux que cette pratique est depuis longtemps et encore aujourd'hui en vigueur, partiellement du moins, presque à côté de nous.

M. le docteur Palasciano, à qui revient le mérite d'avoir sérieusement fixé l'attention sur ce point, avait déjà sommairement exposé, au congrès de Lyon, le système de vaccination inauguré à Naples par Galbiati et suivi actuellement par son élève, M. Negri, qui a toujours à la disposition des médecins une génisse, un veau ou une vèle inoculés, qu'il conduit à domicile au jour convenu. M. Palasciano vient de reprendre ce sujet avec plus de détails, et après avoir montré les péripéties de la pratique de la vaccination animale, il s'est appliqué à en décrire les procédés; il a, en outre, fourni à un de nos jeunes confrères, M. le docteur Lanoix, la facilité et le moyen d'importer, en quelque sorte, chez nous cette pratique, laquelle a déjà reçu à Lyon un commencement de consécration. Là, en effet, une génisse, amenée de Naples même par M. Lanoix, a servi à inoculer, sous les yeux et avec l'intervention de MM. Chauveau, Viennois, Philippeaux, Diday et de plusieurs autres confrères, une génisse, ainsi que trois enfants et plusieurs adultes, et, pour le dire de suite, toutes ces inoculations ont réussi, devenant ainsi le point de départ d'un foyer de vaccin plus sûrement, plus inoffensivement préservateur que l'ancien.

Deux procédés ont été suivis pour ces inoculations : 1° le procédé de M. Negri; 2° un procédé de MM. Chauveau et Saint-Cyr. M. Negri inocule de la vache à la vache; il se sert de vèles ou de veaux, suivant la facilité de l'acquisition. Sur la vèle, il inocule les trayons, et sur les veaux, la peau de la région hypogastrique, ordinairement d'un seul côté. Après avoir bien rasé le poil, il fait des scarifications de la longueur de 8 à 10 millimètres, à la distance de 10 à 15 millimètres, et il y applique le vaccin en le couvrant avec de la baudruche. Sur chaque animal, il ne fait pas moins de cent scarifications pour avoir cent pustules. Dès le quatrième jour, pour se servir de la pustule, il en fait l'excision au moyen d'une lancette en dédolant et sans dépasser le derme; il prend la pustule dans ses doigts, la râcle avec le tranchant de la lancette et en exprime le vaccin, dont il se sert soit pour l'inoculer, soit pour le conserver dans des tubes ou dans le verre. — Quant au procédé de MM. Chauveau et Saint-Cyr, il consiste à déposer la matière dans un lambeau d'épiderme, préalablement soulevé. Il paraît que les inoculations pratiquées à Lyon sur la génisse, par le dernier

procédé, ont donné un résultat plus prompt et plus intense que celles faites par le procédé de M Negri. Quoi qu'il en soit, nous le répétons, toutes ces inoculations ont réussi, et il était de notre devoir de faire connaître le résultat de cette première tentative, en attendant qu'elle prenne plus d'extension sous la vive impulsion que ne manqueront pas de lui imprimer les recherches actives dont elle est l'objet. (*Gazette médicale de Lyon*, décembre 1864.)

Accidents graves causés par la teinture d'arnica prise à haute dose. Il est d'assez nombreux médicaments, de ceux surtout qui appartiennent à la flore indigène, dont, faute de leur accorder l'importance qu'ils méritent, nous ne connaissons pas assez bien les effets physiologiques. De ce nombre est l'arnica, qui, en France, est presque abandonné à la pratique empirique du *profanum vulgus*. C'est cependant un agent fort actif, et qui, manié sans prudence ou ingéré par erreur, peut amener des accidents sérieux et même funestes. Nous en avons rapporté des exemples dignes d'attention (t. XLV, p. 422). En voici un nouveau que nous empruntons à la presse anglaise.

Un homme d'âge moyen fut apporté, en août dernier, à l'hôpital Sainte-Marie de Londres, dans un état de collapsus considérable. Il avait les yeux enfoncés, vitreux et exprimant l'anxiété; les pupilles dilatées et insensibles à l'action de la lumière; le pouls au-dessus de 100, faible et ondulant; la peau froide, mais aride. Il se plaignait, d'une voix basse et mal articulée, d'une vive douleur à l'épigastre, et racontait qu'il avait avalé, par méprise, environ une once de teinture d'arnica qu'il s'était procurée pour l'employer en lotion. Il n'y avait d'abord attaché que peu d'importance, ne ressentant pas de douleur, et n'éprouvant d'autre sensation désagréable qu'une sécheresse de la bouche, qu'il avait attribuée à l'action de l'alcool. La plus grande partie de la nuit s'était passée dans un bon sommeil; mais le matin, de bonne heure, huit heures environ après l'ingestion de l'arnica, il avait été réveillé par une douleur aiguë au creux de l'estomac. En voulant se lever, il s'était senti faible et avait eu des nausées, mais sans pouvoir vomir, puis il était tombé dans l'état de collapsus noté ci-dessus. La pression de l'épigastre était très-douloureuse, et la résonnance de la région était moins étendue qu'à l'ordinaire, sans doute par suite de l'état de vacuité de l'organe revenu sur lui-même. On n'eut recours, pour le traitement, ni aux vomitifs, ni à la pompe stomacale, en raison du temps déjà considérable qui s'était écoulé depuis l'accident. On administra du laudanum, 20 gouttes, dans une once d'eau-de-vie, dose qui fut répétée au bout de deux heures, et en même temps on s'appliqua à réchauffer le patient. Les douleurs s'apaisèrent, le sommeil vint, la température de la peau et le pouls se relevèrent, en même temps que s'abaissa la fréquence de celui-ci, et le malade se rétablit assez rapidement.

Il y a lieu de remarquer, dans ce cas, des symptômes qui s'éloignent assez sensiblement des effets physiologiques habituels de l'arnica administré à haute dose, savoir l'absence de douleurs et de troubles gastro-intestinaux au début, et l'état de collapsus. Ordinairement, il y a de l'excitation nerveuse, des phénomènes tétaniformes, et nous venons de voir qu'il n'en est nullement question dans l'observation que nous venons de résumer. (*Lancet*, novembre 1864).

De la racine de laminaria digitata comme agent de dilatation, et de la nécessité de la débarrasser des substances irritantes qu'elle paraît contenir. Lorsqu'un agent thérapeutique fait son entrée dans la pratique médicale ou chirurgicale, l'on ne se préoccupe guère que des propriétés qui paraissent légitimer son emploi et l'on ne met en relief que ses qualités; ses inconvénients ne se révèlent que plus tard, à la faveur des enseignements d'une suffisante expérience. La racine de laminaria a fait suffisamment ses preuves comme corps *dilatant* (un grand nombre de faits contenus dans le *Bulletin* sont là qui en témoignent), pour qu'on ne puisse non-seulement lui contester cette vertu, mais lui refuser même le premier rang parmi les autres substances qui la possèdent. Les récentes expériences de M. le docteur Plouviez démontrent en effet que la laminaria est susceptible d'une dilatation beaucoup plus considérable que tous les autres agents semblables; mais le même auteur lui a reconnu deux inconvénients, dont il est bon d'être prévenu : le premier,

c'est que cette racine contient des principes irritants, dont il est urgent de la débarrasser avant son emploi chirurgical, soit par l'ébullition, soit par la macération. Appliquée sur un malade atteint de nécrose du fémur avec fistules multiples, sans que la précaution dont il s'agit eût été prise, elle détermina de vives douleurs la première fois qu'on l'introduisit; ces douleurs se renouvelaient chaque fois qu'on employait des racines nouvelles, tandis que celles qui avaient servi plusieurs fois étaient plus facilement supportées. L'immersion dans l'eau, additionnée de carbonate de soude, pendant quarante-huit heures paraît réussir, en grande partie du moins, à priver la laminaire de son action irritante, en même temps qu'à lui enlever la matière mucilagineuse et gluante dont elle est recouverte quand elle vient de servir; de plus, cette immersion avant le séchage peut avoir un autre avantage, c'est de permettre de tailler plus facilement des fragments de différents numéros; ainsi traitée la laminaire pourrait servir, pour ainsi dire, indéfiniment pour le même malade.

Un autre inconvénient de son emploi et qui peut donner lieu, si l'on n'y remédie, à de violentes douleurs, c'est qu'elle forme piston, quand elle est bien dilatée, c'est-à-dire qu'on éprouve la même sensation, en voulant la retirer d'une fistule, que celle que produirait une ventouse sur laquelle on exercerait des tractions sans faire pénétrer de l'air dans son intérieur. On pourrait obvier à cet inconvénient en glissant une sonde canelée le long de l'agent dilatateur, en tournant la canelure de son côté, de façon à permettre à l'air de pénétrer au fur et à mesure qu'on le retirerait. (*Union médicale*, novembre 1864.)

Des aphthes; leur siége et leur constitution anatomique; induction thérapeutique. L'histoire pathologique des aphthes était jusque dans ces derniers temps très-confuse, et il était à désirer que des recherches nouvelles apportassent quelque ordre dans la classification et dans la description de cette affection.

Cette lacune semble devoir être remplie par les travaux de M. le docteur Jules Worms, qui a établi comme un fait définitif l'hypothèse émise déjà par Boerhaave, que l'aphthe était une affection des follicules de la muqueuse buccale. Voici, d'après ce médecin, quels sont les caractères distinctifs de l'aphthe :

1° Décollement de l'épithélium dans une étendue très-restreinte;

2° Chute de l'épithélium, douleur, apparition d'un exsudat jaunâtre entouré d'une aréole inflammatoire.

Cette matière exsudée se perpétue pendant trois, quatre, cinq ou six jours; puis elle rétrocède et disparaît de la circonférence au centre, en laissant apparaître l'épithélium reconstitué. Le caractère spécial de cet exsudat, selon M. J. Worms, est d'être entièrement constitué par des gouttelettes de graisse se présentant au microscope sous l'apparence des globules du colostrum. La matière adipeuse de cette prolifération a conduit notre confrère à considérer l'aphthe comme une sorte d'acné de la muqueuse buccale.

D'un autre côté, comme l'exsudat est complétement soluble dans l'éther sulfurique, M. Worms a pensé qu'on pourrait avec avantage employer cet agent comme moyen de traitement local dans cette affection parfois si rebelle et très-douloureuse. Les essais faits jusqu'à présent semblent parfaitement légitimer cette induction thérapeutique.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Des effets anesthésiques de l'éther chimiquement purifié. La conviction est en nous depuis longtemps qu'un grand nombre d'agents thérapeutiques ne doivent leurs propriétés nuisibles, constantes ou accidentelles, qu'à la présence de principes étrangers à leur composition propre, qui en altèrent la pureté : cette présomption, que nous partageons sans doute avec beaucoup d'autres personnes, vient de se réaliser quant à l'éther. MM. J. Regnault et Adrian, étant parvenus à obtenir le composé dans un état parfaitement pur, ont permis de mettre en évidence ses qualités, pour ainsi dire personnelles. Nous n'avons pas à nous occuper ici des procédés de dosage employés par MM. Regnault et Adrian pour purifier l'éther sulfurique, ces procédés étant du domaine de la chimie; mais nous

devons faire connaître les premiers résultats des essais anesthésiques réalisés par M. Gosselin avec le nouvel éther.

L'honorable professeur a expérimenté d'abord sur des animaux, puis sur des malades des deux sexes. Il a constaté, en premier lieu, que les effets anesthésiques de cette préparation sont plus rapides et plus sûrs que ceux de l'éther ordinaire et non purifié : il suffit en général de quatre à huit minutes d'inhalation pour obtenir une insensibilité complète. En outre, la période d'agitation manque, et on comprend toute l'importance de cette particularité, si elle est constante. Si de pareils avantages sont confirmés, comme tout porte à l'espérer, par de nouvelles et plus nombreuses expériences, l'éther pur devra être mis sur la même ligne que le chloroforme comme agent anesthésique; mais, de plus, il devra lui être préféré comme jouissant d'une innocuité que trop de faits malheureux ne permettent pas d'attribuer au chloroforme. Nous rappellerons d'ailleurs que, malgré l'infériorité relative de l'éther ordinaire et la vogue du chloroforme, quelques chirurgiens, et particulièrement les chirurgiens de l'école de Lyon, sont demeurés fidèles à l'emploi du premier : ils se sont ainsi tenus à l'abri du danger, et ils auront aujourd'hui le bénéfice complet. (*Académie de médecine*, décembre 1864.)

Un point d'hygiène dans l'allaitement. M. Guérard signale les dangers inhérents à la coutume où sont quelques jeunes mères qui allaitent, de laver les bouts de sein plusieurs fois par jour avec une eau très-connue dans le peuple, et qui lui a paru être acidule. On lave après chaque lactation le bout du sein avec cette eau, sans l'essuyer après, puis on le recouvre avec une petite calotte de plomb. Or, il a pu s'assurer qu'au bout de vingt-quatre heures, la surface interne de cette petite calotte est déjà couverte d'une couche blanche d'un composé plombique, dont une partie ne peut manquer de rester adhérente sur le mamelon. Dès lors il doit arriver que l'enfant, suçant ce mamelon, s'intoxique rapidement. M. Guérard est disposé à penser que beaucoup de coliques chez les enfants à la mamelle sont dues à cette cause. Il a fait, en outre, la remarque que, dans le fait particulier qui lui a suscité ces réflexions, la mère n'en a pas moins eu des gerçures du sein, malgré l'usage de ce moyen prétendu si efficace. (*Compte rendu de la Soc. méd. des hôpit.*)

Emploi de l'éther sulfurique comme moyen d'expulser le tænia. Ce moyen, que M. le docteur Lortet, de Lyon, présente comme nouveau, ne mérite pas précisément cette qualification. Car nous savons que Bourdier faisait intervenir cet agent dans le traitement du tænia, qu'il a préconisé : il est vrai que, d'ordinaire, il y ajoutait la fougère mâle, et c'est là surtout ce qui constitue la méthode connue sous son nom; mais souvent aussi, paraît-il, il se bornait à l'emploi de l'éther, dont il faisait suivre l'administration d'une dose d'huile de ricin donnée au bout d'une heure, ce qui amenait l'expulsion de l'animal *engourdi plutôt que tué*. (V. Merat et Delens, t. III, p. 168.) Nous lisons également dans Alibert (*Thérap.*, t. I, p. 396) qu'il a plusieurs fois administré avec succès l'éther associé à l'huile de ricin. Quoi qu'il en soit, nous devons savoir gré à notre confrère lyonnais d'avoir rappelé l'attention sur ce moyen, aussi facile qu'efficace.

M. Lortet est opposé aux remèdes qui, impressionnant le parasite sans le tuer d'emblée, l'excitent à serrer fortement ses crochets implantés dans la muqueuse (il s'agit du tænia solium), d'où résulte sa rupture en morceaux plus ou moins nombreux sous l'influence des contractions de l'intestin, la tête, de cette façon, n'étant pas expulsée et le rubannaire ne tardant pas à se reproduire. Il préfère l'emploi de l'éther, soit administré en inhalation, soit ingéré en capsules ou dans du sirop, et absorbé alors directement par le canal intestinal : l'entozoaire ainsi anesthésié est entraîné sans violence jusqu'au rectum, d'où un léger purgatif peut le chasser entier et vivant. Cet effet de l'éther, il a pu s'en assurer dans une expérience faite avec le regrettable Bertolus. Ayant asphyxié un chien à l'aide de cette substance, et examinant son intestin, ils furent étonnés de n'y pas rencontrer de tænias tout d'abord, le chien ayant à peu près constamment de ces parasites : mais poussant plus loin l'examen, ils trouvèrent dans l'ampoule anale une grosse boule formée de soixante-cinq tænia serrata et d'autres entozoaires entrelacés, qui,

anesthésiés, avaient glissé jusqu'au voisinage de l'anus.

C'est depuis que M. Lortet a eu recours à ce moyen chez l'homme, et dans les cas, au nombre de cinq, où il l'a employé, il a toujours réussi, même sur deux malades chez lesquels tout avait échoué. Dans tous ces cas, le tœnia a été rendu sans souffrances, entier, ou presque entier, et toujours, point important, avec l'extrémité dite céphalique intacte. M. Lortet administre d'un seul coup 60 grammes (?) d'éther, suivis deux heures après de 30 grammes d'huile de ricin. (*Soc. des Sc. méd. de Lyon.*)

Appareil destiné à l'administration des médicaments en vapeur et spécialement de l'iode. M. J. Charrière soumet à l'examen de l'Académie un nouvel appareil (fig. 1) destiné à l'emploi des médicaments que l'on peut faire prendre à l'état de vapeur, et particulièrement de l'iode, employé si souvent pour les maladies de poitrine.

Le grand avantage de cet appareil est de faire passer l'air saturé d'iode à l'état de vapeur seulement, et de pouvoir régler à volonté la production de cette vapeur, à l'aide d'un thermomètre.

Un nouveau moyen de diriger la vapeur d'iode sur une partie quelconque du corps, en se servant d'une bouteille en gomme, munie d'une soupape, (voir fig. 2).

Enfin, un diminutif du premier appareil ayant les mêmes avantages, et que le malade peut tenir constamment à la bouche, (voir fig. 3). (*Académie de médecine*, décembre 1863).

De l'anesthésie en obstétrique. Voici, avec leurs judicieuses restrictions, les règles formulées par M. Verrier, sur l'indication des anesthésiques durant le travail.

J'étends, dit l'auteur, le bénéfice du chloroforme à toutes les primipares dans l'accouchement naturel, parce que cette condition de primiparité me paraît liée à l'existence d'une douleur plus grande. J'en restreins l'emploi pour les opérations chez les multipares, car il y a des applications de forceps tellement simples que l'introduction et le placement des branches peuvent se faire, comme le dit M. Depaul, sans que la femme s'en aperçoive. Dans ces cas, je ne commence les inspirations qu'au moment d'exécuter les tractions.

Dans la version, au contraire, je donne le chloroforme pendant le temps d'introduction, et pendant celui de mutation si les eaux se sont écoulées. De cette façon, je puis compter plus sûrement sur le concours de la femme pendant la période d'expulsion. (*Société de médecine pratique.*)

Présentation du placenta dans une grossesse double. Ce cas emprunte son principal intérêt à sa rareté, le placenta, dans les grossesses gémellaires, étant le plus souvent simple, ou chacun d'eux, s'il est double, sortant ordinairement après chaque enfant.

Une femme de trente-quatre ans, déjà mère de six enfants, eut, dans une dernière grossesse, de soudaines et violentes hémorrhagies, aux septième et huitième mois.

Quand M. Pittock arriva auprès d'elle, il la trouva épuisée par la perte de sang, avec des *douleurs* faibles et irrégulières, le col entr'ouvert, flasque et dilatable. De son ouverture sortait une portion du placenta qu'on reconnut être encore adhérent au contour interne du col.

Après avoir donné une large dose d'ergot de seigle, M. Pittock tira sur la portion en prolapsus, de manière à détacher la masse placentaire. Il y réussit en quelques minutes, et perça les membranes. La tête se présenta, et un fœtus de moyen volume fut extrait.

Une demi-heure après, les douleurs recommencèrent, un autre enfant vint, plus vigoureux que le premier; et après sa sortie, il y eut à faire l'extraction d'un placenta de grosseur ordinaire et exempt d'adhérences. (*East Kent district medical meeting*, septembre 1864.)

VARIÉTÉS.

Note sur quelques poisons de la côte occidentale d'Afrique [1].

Par M. AUBRY-LECOMTE, conservateur de l'Exposition permanente des colonies.

La collection, déjà si riche, des produits coloniaux exposés au Palais de l'Industrie vient de s'augmenter de plusieurs spécimens curieux de poisons de la côte occidentale d'Afrique, poisons qui sont en même temps d'énergiques médicaments; en première ligne figure la fève d'épreuve ou fève de Calabar, qui est la graine du *physostigma venenosum*, décrite par le docteur Balfour. Cette légumineuse, qui croît dans les terrains humides, est employée au Vieux-Calabar pour le jugement de Dieu.

La graine du physostigma n'est pas seule employée à la côte d'Afrique, où les épreuves par le feu et le poison subsistent, comme autrefois en Europe, chez quelques tribus barbares de la partie occidentale.

---

[1] Extrait des *Archives de médecine navale.*

Déjà M. Duchaillu, dans un ouvrage apprécié, malgré quelques exagérations, par tous ceux qui ont parcouru l'intérieur du Gabon, a parlé des effets du *m'boundou* ; les notes et échantillons rapportés dernièrement de ce pays par M. Griffon du Bellay, chirurgien de 1re classe de la marine, confirment en grande partie la description de ce voyageur. Le m'boundou appartient au genre *strychnos*, de la famille des loganiacées, et l'infusion de l'écorce rougeâtre de sa racine passe, chez les indigènes du cap Lopez, pour donner à celui qui ne meurt pas après l'avoir bue le pouvoir de la divination. Pris à petite dose, il est, dit-on, enivrant et diurétique ; à la dose d'un demi-bol de racine râpée pour un bol d'eau, après une demi-heure d'infusion, il est presque toujours mortel. Les *ogangas*, ou docteurs du pays, passent cependant pour être à l'abri de ses effets ; ils ont le soin, il est vrai, avant de boire le m'boundou, d'avaler de l'huile de palme qui en atténue la violence et en facilite l'écoulement vers les voies inférieures ; de là vient, peut-être, l'assertion de M. Duchaillu que le signe le plus certain de l'innocuité du poison est une émission d'urine fréquente et involontaire. Le m'boundou du cap Lopez est connu au Gabon sous le nom de *casa* ou *icaja* ; mais, depuis l'occupation française, il n'est plus administré aux indigènes soupçonnés d'un crime que sur les habitations lointaines et au fond des bois, où notre autorité ne peut avoir d'action.

Parmi les plantes rares ou nouvelles rapportées par le docteur Griffon du Bellay, la famille des apocynées contient encore deux poisons : l'un, nommé *iboga*, n'est toxique qu'à hautes doses et à l'état frais. Pris en petite quantité, il est aphrodisiaque et stimulant du système nerveux ; les guerriers et chasseurs en font grand usage pour se tenir éveillés dans les affûts de nuit ; de même que pour le m'boundou, le principe actif réside dans la racine, qu'on mâche comme le coca.

Les graines de l'autre apocynée, nommée *inée* ou *onage*, servent aux *Pahouins*, chasseurs d'éléphants, à empoisonner les petites flèches en bambou qu'ils lancent au moyen d'une arbalète, armes terribles, dont la moindre blessure donne, dit-on, la mort.

Quoique ne contenant encore que peu de plantes, dont une grande partie est nouvelle, l'herbier du Gabon, déposé à l'Exposition permanente du Palais de l'Industrie, est le plus complet qui existe ; c'est le commencement d'une collection destinée à rendre de grands services au commerce et à la science.

Par décret en date du 4 janvier 1865, M. le docteur de Larroque, médecin par quartier de la maison de l'Empereur, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Par arrêté ministériel en date du 23 novembre 1864, M. le docteur Papin de la Clergerie, médecin des hôpitaux et président de la Société académique de Nantes, a été nommé officier d'Académie.

Par arrêté ministériel en date du 26 décembre 1864, M. le docteur Vernois, membre de la commission administrative des lycées de Paris et de la commission centrale d'hygiène, et M. le docteur Hillairet, membre de la commission administrative des lycées de Paris, ont été nommés officiers de l'instruction publique.

Par divers décrets en date des 26, 27 et 30 décembre 1864, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Wahu, médecin principal de 2e classe en retraite; MM. Moufflet et Jossic, seconds médecins en chef de la marine; Bellebon, chirurgien principal.

Au grade de chevalier : MM. Vigié, Domergue, Durand, médecins-majors de 1re classe; Douin, de Aldrovandi, Drappier, Bryon et Bigot, médecins-majors de 2e classe; Desban, Perès et Prel, vétérinaires en 1er; MM. Jourdan, Bourgarel, chirurgiens de 1re classe de la marine; Quintin, chirurgien de 2e classe; Cros, Fauvel, chirurgiens auxiliaires de 2e classe.

Par décret du 14 décembre 1864, M. Gervais (de Rouville), docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur titulaire de la chaire de minéralogie et de géologie à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Marcel de Serres, décédé.

Par arrêté ministériel du 14 décembre 1864, M. d'Huicques, professeur suppléant pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur titulaire d'histoire naturelle à ladite Ecole (emploi vacant).

Par arrêté ministériel du 15 décembre 1864 :

M. Métadier, professeur suppléant pour les chaires de thérapeutique, matière médicale, pharmacie et toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur titulaire de pharmacie et de toxicologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Barbet, décédé.

M. Wanuebroucq, professeur adjoint de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur titulaire de matière médicale et de thérapeutique à la même Ecole, en remplacement de M. Brigandat, dont la démission est acceptée.

M. Féron, professeur suppléant pour les chaires de médecine à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur adjoint de clinique médicale à ladite Ecole, en remplacement de M. Waunebroucq, appelé à d'autres fonctions.

M. Brigandat, ancien professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur honoraire de ladite Ecole.

M. le docteur Dassier, professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie chirurgicales à ladite Ecole.

M. le docteur Batut est nommé professeur suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie chirurgicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Par suite de la démission de M. le docteur Barth, la Société médicale d'observation de Paris a élu comme président M. le professeur Béhier.

Le bureau de la Société se trouve ainsi constitué : M. Béhier, président; M. Pierreson, vice-président; M. Bricheteau, secrétaire général; M. Bucquoy, archiviste; M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire; M. Topinard, vice-secrétaire, trésorier.

La Société anatomique, dans sa séance du 6 janvier 1865, a, pour la première fois, décerné le prix Ernest Godard.

Le prix a été accordé à M. J.-V. Laborde, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine et de la Société médicale des hôpitaux, pour son mémoire intitulé : 1° « D'une lésion primitive de la moelle épinière dans la paralysie (dite essentielle) de l'enfance, son siége, sa nature.— 2° Des altérations secondaires des muscles dans la même maladie, espèce d'atrophie musculaire non encore décrite. »

Une mention honorable a été accordée à M. le docteur Armand Sabatier, chef des travaux anatomiques de la Faculté de Montpellier, pour le travail suivant : « Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils musculaires correspondant à la vessie et à la prostate dans les deux sexes. »

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

MORT DE M. LE DOCTEUR DEBOUT.

Le corps médical vient d'éprouver une perte qui sera surtout ressentie par les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*. Le docteur Debout a succombé le 23 janvier, dans sa cinquante-quatrième année, aux suites d'une cruelle maladie dont il subissait les atteintes depuis longtemps; cependant, ni les conseils de ses amis les plus intimes, ni les exhortations de sa famille n'ont pu l'empêcher de travailler jusqu'à ses derniers jours à ce journal, auquel il s'était consacré depuis dix-sept ans; et ce numéro, qu'il ne devait pas voir achevé, a été une de ses dernières pensées, sa dernière préoccupation.

Je ne veux point rappeler ici tous les travaux de Debout; les sociétés savantes, dont il était un des membres les plus actifs, se feront un honneur de rendre à sa mémoire le juste tribut d'hommages qui lui est dû; j'essayerai seulement d'esquisser en quelques traits la vie de cet ami sincère, qui fut pour moi un protecteur dévoué.

Entré en 1847 à la rédaction du *Bulletin de Thérapeutique*, avec Miquel, qui l'avait créé, Debout se trouva bientôt seul à supporter le poids de l'entreprise. Dès lors il s'y consacra tout entier et y apporta cette ardeur infatigable, cet enthousiasme toujours juvénile et cette loyauté de caractère qui ont su lui concilier l'estime générale. Depuis cette époque, le nom de Debout se trouve mêlé à tous les progrès de la thérapeutique, à toutes les découvertes qui ont été faites dans cette science. Les lecteurs du *Bulletin* savent quelle part active il a prise aux travaux de ce recueil; mais ce ne sont pas ses seuls titres scientifiques. Incapable, vu l'état de sa santé, de se prêter aux exigences de la clientèle, il s'était donné tout entier au travail.

Sa vie se passait dans son cabinet, et les quelques loisirs que lui laissait la rédaction de ce journal, il les consacrait à de laborieuses et utiles recherches qui se trouvent consignées dans les Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique, dans les Mémoires de la Société de chirurgie, et qui lui valurent tout récemment une distinction des plus honorables de l'Académie des sciences.

D'une grande bonté, éminemment serviable, d'une austérité de principes et en même temps d'une aménité de caractère remarquables, Debout sera regretté de tous ceux qui l'ont approché. Il allait au-devant des jeunes gens, les encourageait, au besoin les aidait de ses conseils, en leur traçant la voie à suivre, et je puis dire qu'il a exercé une heureuse influence sur la destinée de plusieurs de nos confrères déjà arrivés à une brillante position.

Avec ses collaborateurs, sa conduite loyale fut toujours à l'abri de tout reproche, c'est qu'il savait les employer autant dans leur intérêt que dans le sien propre, et au besoin s'effacer pour leur laisser prendre le premier rang; aussi, tous étaient devenus ses amis.

Chargé pendant de longues années de la mission souvent délicate de diriger un journal de médecine, il est mort sans qu'on lui connaisse un ennemi; c'est le plus bel éloge qu'on puisse en faire. Il laisse un fils, externe des hôpitaux, qui saura soutenir un nom si justement honoré.

Quant à nous, initié depuis plusieurs années à son œuvre, fidèle aux principes qu'il nous a inspirés, nous nous efforcerons de la continuer avec le même esprit. Plein de confiance dans le concours des collaborateurs de Debout, qui, nous l'espérons, ne feront pas défaut à son successeur, nous prouverons à nos lecteurs que nous n'avons qu'une noble ambition, celle de contribuer, autant qu'il sera en notre pouvoir, aux progrès d'une des branches les plus importantes de l'art de guérir, la thérapeutique.

F. Bricheteau.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Revue sommaire des travaux publiés pendant le cours de l'année 1864, par le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*.

Si nous voulions épuiser la liste des travaux relatifs à la thérapeutique médicale publiée l'an dernier dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, nous aurions bien d'autres travaux à signaler, au bas desquels se lisent des noms qui tout d'abord les recommandent; mais comme force nous est de nous borner, nous nous contenterons de rappeler encore à l'attention de nos honorables confrères les articles relatifs au traitement de la pneumonie par l'expectation, et à celui de l'obésité.

Dans ce moment même,la question du traitement de l'obésité est à l'ordre du jour, au delà du détroit : Banting a détrôné Muller ; ainsi vont les choses, dans le pays où l'opinion règne à la fois et gouverne. Que si nous avons cru devoir ouvrir les colonnes du *Bulletin général de Thérapeutique* à la discussion de cette question, ce n'est pas qu'il nous ait paru que l'honorable gentleman de Londres eût fait une découverte qui dût être portée de suite à la connaissance de tous : non ; car, en somme, nous ne voyons dans la diététique que s'est imposée le négociant anglais aucune donnée nouvelle. Cependant, comme, d'un côté, l'obésité, quand elle dépasse certaines limites, est une maladie réelle, et que, d'autre part, le bruit qui se faisait chez nos voisins, autour de cette prétendue découverte, était parvenu jusqu'à nous, il nous a paru opportun de fixer un instant l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* sur ce point. Nous ne rappellerons point les conclusions auxquelles l'auteur de cet article est arrivé sur le traitement le plus rationnel de l'obésité : ces conclusions, nos lecteurs se les rappelleront d'autant plus facilement, qu'elles étaient probablement dans leur esprit avant qu'on les eût formulées dans le journal.

Une question plus sérieuse, et qui, depuis quelque temps déjà, est à l'ordre du jour, c'est celle du traitement de la pneumonie par l'expectation. Nous avons emprunté à M. Blache un travail excessivement remarquable sur cette question, dont l'importance n'é-

(1) Suite et fin, voir la dernière livraison, p. 5.

chappe à personne. Praticien consommé, esprit judicieux entre tous et, ce qui ne gâte rien en la matière, esprit indépendant, et qu'aucune école ne peut se vanter d'avoir eu pour coryphée ou pour comparse, nul n'était à même de traiter cette question mieux que l'éminent médecin de l'hôpital des Enfants. Aussi ne ferons-nous que mentionner ce mémoire, aussi sagement pensé que lucidement écrit, convaincu que les enseignements lumineux qui en sortent à chaque page sont et resteront gravés dans l'esprit de nos lecteurs.

Telle a été, quant à la médecine proprement dite, et en nous bornant aux questions les plus actuelles qui y ont été traitées, la part du *Bulletin général de Thérapeutique* dans le mouvement scientifique de l'année qui vient de finir; nous allons terminer cette esquisse rapide, nous efforçant de continuer à en faire un memento utile, en indiquant les principales questions pratiques d'ordre chirurgical qui y ont été également agitées, élucidées ou résolues dans le même espace de temps.

C'est le *Bulletin général de Thérapeutique* qui a eu l'honneur d'évoquer des limbes de l'oubli une substance dont, à l'heure qu'il est, on n'a peut-être pas encore épuisé toutes les applications; nous voulons parler du chlorate de potasse. Outre le travail intéressant de M. le docteur Laborde sur l'emploi utile de ce sel dans le traitement de la bronchite aiguë et chronique, nous avons inséré dans les colonnes du journal, l'an dernier, un travail remarqué de M. Bergeron sur une application chirurgicale du chlorate de potasse, qui semble en étendre l'efficacité curative à un plus grand nombre de traumatismes qu'on ne le supposait tout d'abord. Il s'agit ici du cancroïde ulcéré surtout, qu'on a vu se modifier rapidement sous l'influence topique du sel potassique, et arriver en un assez court laps de temps à une cicatrisation complète et de bon aloi. Il n'en a pas toujours été ainsi, il est vrai ; dans quelques cas et sous les yeux d'observateurs attentifs, on a vu la maladie se montrer réfractaire, et, somme toute, la maladie grandir et ne disparaître que sous l'empire d'une médication plus radicale et plus expéditive. Mais quel est donc l'agent dont l'invincible influence thérapeutique ne rencontre pas ces bornes à son efficacité ? Ici encore nous sommes ramené au principe que nous avons tout d'abord développé, et en vertu duquel les organismes vivants répondent diversement à l'action des agents modificateurs, parce que ces organismes sont divers dans leurs aptitudes vitales. Tout comme une influence identique hostile à la vie provoque des manifestations

morbides différentes suivant les organismes, suivant même l'état actuel des organismes, de même l'économie malade réagit diversement au contact des modificateurs curatifs, suivant des conditions ou compléments indéterminés et que nous ne faisons que vaguement entrevoir. Dans tous les cas, si les faits, qui établissent dans un cas donné l'efficacité d'une médication, ont été bien vus et se sont plusieurs fois répétés dans des conditions identiques, les faits négatifs ne peuvent rien contre eux. Ce qui, d'ailleurs, tend à mettre en pleine évidence l'heureuse influence médicatrice du chlorate de potasse dans le traitement externe du cancroïde, c'est que des faits ont été cités où l'action interne de cet altérant si remarquable a paru également exercer une influence des plus favorables sur la marche de la maladie. En présence de ce double fait, nous n'hésitons pas à recommander, dans le traitement du cancroïde par cette méthode simple, d'attaquer le mal simultanément par la voie interne et externe : c'est la tactique empirique de M. Trousseau, c'est la bonne.

En chirurgie oculaire, une méthode dans laquelle nous comprendrons également l'iridotomie et la simple ponction de la cornée, a excité naguère de vives controverses : cette méthode, c'est l'iridectomie; si nous n'y avons touché qu'incidemment, c'est que la lumière n'est pas encore complétement faite sur cette question. Mais quelle que soit la solution définitive à laquelle on arrive sur la valeur de cette méthode, et quelque part qu'on fasse à la simple iridotomie et même à la simple ponction de la cornée dans cette méthode considérée d'une manière générale comme une sorte de débridement de l'œil, le *Bulletin général de Thérapeutique* ne devait pas rester étranger à cette importante discussion, et il s'en est fait l'écho discret, jusqu'à ce qu'une expérience plus large et plus concluante encore l'autorise à se faire l'organe d'un enseignement plus explicite.

Une question non moins importante que celle dont nous venons de parler, mais qui nous a paru plus mûre, si l'on veut nous permettre cette expression, c'est celle de la thoracocentèse; aussi n'avons-nous pas hésité à insérer, dans l'un des cahiers du journal de l'année qui vient de finir, un article de M. Marotte relatif à cette question. Le très-distingué médecin de la Pitié, dont les lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* ont pu souvent apprécier et la judicieuse initiative et l'esprit de sage critique, était en mesure, grâce à ses études antérieures du sujet, autant que qui que ce fût, de formuler nettement, dans l'état de la science, les indications et

les contre-indications de cette opération, dont la chirurgie moderne, autant que la médecine, peut à bon droit se glorifier. Nous sommes convaincu que cette discussion lumineuse, ce résumé limpide de discussions auxquelles, à diverses époques, s'est mêlé avec une incontestable supériorité le savant médecin de la Pitié, sont encore tout vivants dans l'esprit des médecins auxquels nous nous adressons en ce moment; aussi nous contenterons-nous d'en marquer ici la place, au milieu des travaux les plus remarqués de l'année qui vient de finir.

Il en est de même des courtes mais substantielles monographies de M. Guersant relatives à la chirurgie infantile. C'est un grand honneur pour le *Bulletin général de Thérapeutique* qu'un homme de la valeur de M. Guersant ait bien voulu choisir ce journal pour être l'organe d'un enseignement si fécond à la fois, si varié, et si précis, sur la plus délicate application de l'art chirurgical. L'illustre chirurgien honoraire de l'hôpital des Enfants, continuant son œuvre si heureusement inaugurée dans les colonnes de ce journal en 1862, a traité cette année de la trachéotomie, de l'hydrocèle, de la taille chez les enfants, de l'hypertrophie des amygdales, etc., et il a sur toutes ces questions répandu les lumières d'une expérience qui n'a eu de limites, si nous pouvons ainsi dire, que celles mêmes des forces humaines. On ne rencontre pas seulement là les grandes données sur lesquelles repose la mécanique de cette spécialité chirurgicale. Il sort de chacune de ces pages, où l'on sent vivre de sa vie à part l'enfant qu'il étudie, une foule de préceptes, de conseils et une fine diplomatie qui montrent que celui-là a entendu la voix des choses, *vox rerum*, car rien de tout ceci ne saurait s'inventer. Mais c'est trop nous arrêter sur des travaux d'une si grande portée pratique; y insister davantage, ce serait presque de l'outrecuidance.

S'il nous était permis, dans ce résumé annuel des travaux publiés par le *Bulletin général de Thérapeutique*, de reculer un instant dans les années antérieures de ce recueil, qui commence son soixante-huitième volume, il nous serait facile de démontrer que nulle part ailleurs ne se trouvent accumulés un plus grand nombre de matériaux pour l'édification définitive des applications de l'électricité au traitement des maladies. C'était compléter le cycle étendu des recherches de cet ordre, que de montrer le parti que peut tirer la chirurgie, non plus des simples propriétés physiologiques de cet agent mystérieux, mais de ses propriétés physico-chimiques pour atteindre certaines tumeurs qui, par leur position, leur nature, échap-

pent presque invinciblement aux procédés ordinaires d'extraction ou de destruction, c'est ce que le *Bulletin général de Thérapeutique* s'est empressé de faire, en ouvrant ses colonnes à un travail intéressant sur la galvano-caustique chimique. Nous avons rappelé à ce sujet les expériences intéressantes de M. Mideldorpff et surtout les remarquables recherches de M. Ciniselli. Mais n'oubliant pas qu'il s'agit, principalement dans ce journal, des applications pratiques, nous avons reproduit, en la faisant suivre du lumineux commentaire qui l'accompagne, une observation de M. le professeur Nélaton, relative à la destruction d'un polype naso-pharyngien au moyen du pouvoir cautérisant développé par deux aiguilles correspondant à chacun des pôles d'une pile. Cette expérience, aussi ingénieuse que hardie, restera dans la science, car elle a été suivie d'un résultat aussi net que possible dans le sens de l'action curative de la méthode employée. Il suffit de signaler un fait d'une si haute portée, pour que les enseignements qui en sortent éclatent aux yeux de tous.

Des recherches non moins intéressantes que celles-là, et qui, si les résultats auxquels elles ont tout d'abord conduit, se confirment, deviendront d'une application bien plus générale, ont eu également pour théâtre le service nosocomial de l'éminent professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, ce sont les recherches relatives au pansement des plaies par l'alcool. Un interne distingué de cet important service s'est fait le vulgarisateur de la méthode nouvelle, et le *Bulletin de Thérapeutique* s'est fait volontiers l'écho d'une pratique qui peut être le point de départ d'une réforme utile. Ce que cette étude a mis surtout en lumière, c'est l'influence éminemment désinfectante que l'application de l'alcool exerce sur les plaies en suppuration. L'examen microscopique, en montrant que cette influence se traduit histologiquement, si nous pouvons ainsi dire, par la destruction des cellules d'enveloppe des granulations purulentes, explique tout à la fois comment, à partir de ce moment, l'odeur *sui generis* disparaît, et comment l'aspect des surfaces traumatiques se modifie de la manière la plus favorable. Les conséquences curatives qui ressortent d'un tel état de choses frappent immédiatement l'esprit. Non-seulement, d'après ces importantes recherches, le traumatisme local tend dès lors à une guérison plus rapide, mais cette heureuse modification du mal local a bien une autre portée, elle pourrait, si quelques faits rigoureusement observés ne sont point de pures coïncidences fortuites, prévenir, sous notre ciel surtout, et dans les conditions fâcheuses

des constitutions affaiblies et dans l'état d'encombrement où se trouvent d'ordinaire la plupart de nos services nosocomiaux, la plupart des complications des plaies : pourriture d'hôpital, infection purulente, angioleucite, érysipèle, etc. L'intelligent interne, propagateur de la réforme que nous venons d'indiquer pour le traitement des plaies, M. Chédevergne, tout en montrant une foi ardente aux enseignements qui se sont produits sous ses yeux, a le bon esprit de se défendre d'un enthousiasme excessif qui, loin de servir la cause à laquelle on se dévoue, peut, au contraire, la compromettre en dépassant ce que la nature enseigne elle-même. En attendant qu'une expérience plus large et plus multipliée résolve les doutes qu'implique cette sage et prudente réserve, des faits positifs sont acquis dans cet ordre de pratique expérimentale, et le travail du laborieux élève de M. le professeur Nélaton a mis en pleine lumière ces faits, dont l'importance ne saurait échapper à aucun de ceux qui se sont mesurés avec les difficultés de la pratique nosocomiale.

Le chirurgien se trouve souvent placé, dans la pratique, en face de circonstances graves, qui commandent une détermination rapide, sous peine de voir la mort survenir à très-courte échéance : quand une expérience heureuse vient révéler un moyen, ou un procédé utile pour répondre à ces urgentes indications, nous nous imposons comme un devoir strict d'appeler immédiatement l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* sur ces enquêtes précieuses de l'art. C'est ainsi que nous nous sommes empressé de publier le procédé si simple mis en usage par M. le docteur Rey (du Lot), pour pratiquer l'embryotomie dans un cas qui commandait impérieusement cette ressource extrême. Ce cas ne pouvait échapper à l'attention du praticien éminent qui, le premier, présenta ce procédé avec une autorité suffisante pour le faire passer immédiatement dans la pratique générale. Le savant professeur de la Faculté de médecine de Paris a bien voulu nous adresser une courte communication à ce propos. Il y avait en effet à rectifier, dans la notice de l'habile médecin de Saint-Denis, du Lot, quelques vues trop absolues, qui eussent pu, en cas semblables, faire dévier l'art de la droite ligne, et nous avons accepté avec reconnaissance cette rectification de la part d'un homme aussi haut placé dans la hiérarchie scientifique, que l'est notre savant confrère, M. le professeur Pajot. Ainsi complété, l'enseignement que nous rappelons en ce moment, et qui résulte déjà d'une nombreuse série d'expériences, pourra servir de guide aux lecteurs de

ce journal, quand ils se trouveront en présence de cas qui font hésiter souvent les hommes les plus consommés dans la pratique obstétricale.

C'est également pour obéir aux mêmes exigences de l'art que nous avons inséré dans les colonnes du *Bulletin de Thérapeutique* une notice extrêmement intéressante du docteur David Greig, de Dundee, relative à l'insufflation de l'intestin dans l'invagination. Dans la pensée du savant médecin écossais, ces sortes d'invaginations, qui se rencontrent surtout dans l'enfance, et vis-à-vis desquelles nous tendons à nous montrer trop sceptiques peut-être, quand elles guérissent, dans la pensée du médecin écossais, disons-nous, ces invaginations sont loin d'être rares, et il cite un certain nombre d'observations authentiques, dans lesquelles l'insufflation de l'air a mis fin à de très-graves accidents. Que, grâce à la mobilité de l'intestin, ces accidents disparaissent quelquefois spontanément, moins que personne, M. le docteur Greig est porté à en douter; mais ce qu'il croit devoir affirmer également, au nom d'une expérience attentive, c'est qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que, dans la plupart de ces cas, l'insufflation pratiquée de la manière la plus simple, avec un soufflet ordinaire qui se trouve partout, est une ressource dont on ne devrait jamais se priver.

La chirurgie tend tous les jours à se simplifier : c'est là une tendance au progrès réel, que nous nous efforçons de seconder, autant qu'il est en nous, en donnant toute la publicité dont nous pouvons disposer aux faits rigoureusement observés. C'est dans ce même esprit que, toutes les fois que l'occasion s'en présente, nous publions des observations qui mettent en évidence l'heureuse influence de la compression digitale dans le traitement des anévrysmes. Le nom de notre éminent collaborateur, M. Broca, qui se rattache si honorablement à la vulgarisation de cette méthode, pourra quelque jour rappeler à l'esprit de plus brillantes découvertes, mais il n'en rappellera jamais de plus utiles. M. le professeur Vanzetti, de Padoue, en publiant de nouvelles et intéressantes observations sur l'heureuse application de cette méthode, a donc fait une chose utile, et nous avons été heureux que le *Bulletin de Thérapeutique* pût servir d'écho aux enseignements de sa laborieuse expérience.

Nous ne voulons pas terminer ce travail sans rappeler à la mémoire des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* la discussion lumineuse à laquelle s'est livré un de nos plus judicieux collaborateurs, M. Bouvier, sur les nouveaux moyens de production du vaccin primitif. Le congrès de Lyon a mis à l'ordre du jour

cette question intéressante entre toutes, et l'Académie impériale de médecine ne laissera certainement pas s'écouler l'année qui commence, sans en avoir fait elle-même l'objet d'une discussion approfondie. Le mémoire de notre éminent collaborateur, qui, quand il touche à une question, l'éclaire toujours, lorsqu'il ne la résout pas, a d'avance nettement déterminé les bases sur lesquelles ce débat devra se développer. Il y a, dans cette question, un côté expérimental qui, s'il est suffisamment exploré, abrégera singulièrement cette discussion, en y introduisant l'autorité de faits irréfragables. Les médecins de Lyon ont déjà, paraît-il, fait un pas dans cette voie ; c'est d'un excellent augure pour le succès définitif des débats dans lesquels il s'agira d'une si capitale question.

En cette discussion, comme en toutes celles qui surgiront, soit dans la presse, soit dans les sociétés savantes, et qui trouvent un écho naturel dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, quand elles touchent à la pratique de l'art, nous engageons nos laborieux, nos savants correspondants des départements à nous apporter le contingent de leurs expériences particulières. Ils savent en quelle estime nous tenons leurs travaux : une place leur est toujours réservée dans ce journal que nous avons l'honneur de diriger, et bien loin de la leur mesurer parcimonieusement, nous serions bien plutôt disposé à la leur faire plus large, si le concours qu'ils veulent bien nous accorder était en proportion du prix que nous y attachons.

Telle a été, en nous bornant aux sommités des choses, la contribution du *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale* à l'œuvre progressive de la science et de l'art, pendant le cours de l'année qui vient de finir. Que nos savants collaborateurs, à qui cette part appartient presque tout entière, en reçoivent ici nos sincères félicitations, et que nos nombreux lecteurs y voient un gage de l'ardeur et du zèle avec lesquels nous nous efforcerons de continuer de nous tenir à la hauteur de l'honorable mission que nous nous sommes imposée.

Du rhumatisme noueux, dit, à tort, rhumatisme goutteux.

Par M. le professeur TROUSSEAU.

Le rhumatisme noueux est une maladie qui s'observe rarement dans les salles de la clinique. A l'hôpital on assiste rarement au début de la maladie, et, dans les asiles d'incurables, à la Salpêtrière et à Bicêtre, on ne peut plus étudier la maladie que dans sa période

d'état, lorsque, déjà depuis plusieurs années, la maladie a pris droit de domicile et est devenue tout à fait incurable.

Au n° 3 de la salle Saint-Bernard se trouve une malade de quarante ans, qui se plaint de douleurs articulaires dans les doigts, les poignets, les coudes et les genoux. Les articulations douloureuses sont tuméfiées; mais la peau qui les recouvre a conservé sa couleur normale, et la main appliquée sur les parties malades n'y perçoit point de notable élévation de température. Ce qui frappe surtout, c'est la déformation des jointures affectées. La malade, du reste, est sans fièvre et a conservé de l'appétit, cependant elle est pâle, très-affaiblie. Elle nous apprend que les douleurs ayant successivement envahi la plupart des articulations de la main, il lui a été bientôt impossible de continuer son métier de couturière. La menstruation se fait encore avec régularité; jamais, dans sa famille, cette malade n'a connu de goutteux ni de rhumatisants.

Autrefois cette femme était bien portante; il y a huit ans cependant elle fut prise de scarlatine, et les jointures des mains et des poignets furent envahies par le rhumatisme scarlatin, qui ne dura que quelques jours.

Nous devons encore noter, dans les antécédents de cette malade, le retour périodique de migraines avec vomissements, qui chaque fois la jetaient dans un abattement considérable. La migraine est une maladie diathésique qui se rencontre souvent chez les membres d'une même famille; elle se montre dans la jeunesse, dans la période moyenne de la vie; puis à l'âge de quarante à cinquante ans les accès de migraine, devenus plus rares, disparaissent complétement, à la grande satisfaction des malades; mais souvent d'autres manifestations morbides deviennent évidentes.

Chez notre malade de la salle Saint-Bernard, les migraines se sont montrées avec leur intensité habituelle jusqu'à l'âge de trente-huit ans; depuis deux ans, elles sont devenues plus rares, moins douloureuses, et c'est à partir de cette époque que se sont manifestées les premières atteintes d'une maladie nouvelle : les deux genoux sont devenus le siége de douleurs d'abord passagères, les genoux semblaient rouillés; cependant, à la fin de la journée, la douleur disparaissait, et le jeu des articulations se faisait avec plus de facilité. Toutefois les souffrances devinrent peu à peu plus tenaces, puis l'embarras des jointures alla en augmentant. En même temps la douleur envahit les deux poignets, sans abandonner les genoux; les douleurs revenaient par accès, et chaque fois quelque nouvelle articulation se prenait. D'abord les articulations métacarpo-pha-

langiennes, puis celle des phalanges entre elles; enfin après cinq à six mois, les épaules, les coudes, les articulations tibio-tarsiennes et plusieurs articulations des orteils furent envahies par la douleur, à ce point que la malade ne pouvait plus reporter, chez ceux qui la faisaient travailler, les grossiers ouvrages que ses doigts malhabiles avaient confectionnés à grand'peine.

Depuis trois mois, cette malade était réduite à garder le lit, elle ne pouvait plus se mouvoir. Depuis, bien que le traitement ait sensiblement modifié l'état de ses jointures, on ne peut encore constater ces déformations bizarres qui font ressembler ses doigts à des siliques. Les genoux sont gonflés, il y a dans les hanches une grande roideur, ainsi que dans les coudes et les épaules; les déformations les plus importantes ont pour siége les articulations des poignets. Ces articulations, très-douloureuses, lorsqu'on veut leur imprimer quelque mouvement, présentent des bosselures molles, empâtées, sans rougeur; le poignet droit, sur sa face dorsale, présente une bosselure de la grosseur d'un œuf de poule.

Cette tumeur semble composée de tissu fibreux, à larges mailles, remplies elles-mêmes d'une substance semi-liquide. La pression sur la tumeur n'est pas très-douloureuse; du reste, si elle en modifie un peu la forme, elle n'en change en rien le volume; il est donc probable que le liquide contenu dans la tumeur ne communique point directement avec les gaînes tendineuses du poignet, non plus qu'avec l'articulation radio-carpienne, ou bien que le liquide est trop visqueux, trop épais pour être facilement déplacé. Peut-être cette tumeur a-t-elle pour siége le tissu cellulaire qui double la synoviale articulaire et acquiert quelquefois, dans des circonstances analogues, une épaisseur considérable. Disons immédiatement que, sous l'influence du traitement général et après l'application des bains locaux de sable chaud, cette tuméfaction si considérable a presque complétement disparu.

Ces nouûres articulaires du rhumatisme goutteux ne sont pas toujours de nature cellulo-fibreuse; il en est d'autres, de nature osseuse, qui sont dues à la tuméfaction des têtes osseuses, tuméfaction qui peut être telle que les rapports des surfaces articulaires n'existent plus et qu'il y a des luxations presque complètes. Chez notre malade, les articulations phalangiennes présentaient des tuméfactions osseuses peu marquées à la vérité, mais qui toutefois contribuaient à donner aux doigts cet aspect de silique auquel Sydenham avait déjà fait allusion en traitant du *rhumatisme chronique*.

Notre malade, percluse par la douleur des jointures, présentait

une coloration anémique très-accusée, les muscles étaient émaciés par l'inaction. Il n'existait point de rétractions musculaires, jamais la malade n'avait eu de crampes dans les membres; et le cœur, observé plusieurs fois avec grand soin, ne nous a jamais présenté de modifications dans le rhythme de ses battements, non plus que dans le timbre de ses bruits. Il est de règle, en effet, que le rhumatisme noueux ne touche point le cœur.

L'état de cette malade a été grandement amélioré par le traitement auquel nous l'avons soumise; en effet, les articulations ont recouvré quelques-uns de leurs mouvements, les nouûres ont perdu beaucoup de leur volume et de leur sensibilité. La santé générale est devenue meilleure, une bonne alimentation a fait disparaître l'anémie, et cette malade pourra bientôt sortir de l'hôpital, reprendre en partie ses occupations; mais tôt ou tard de nouvelles douleurs se manifesteront, et, quoi qu'on fasse, il est à craindre que les améliorations obtenues ne soient que passagères.

Le rhumatisme noueux, surtout fréquent chez les femmes, se rencontre quelquefois chez les hommes. Salle Sainte-Agnès, se trouve un malade qui, tant bien que mal, remplit les fonctions d'infirmier auxiliaire. Pour gagner son droit de séjour dans l'hôpital, il aide les gens du service, et on le voit, avec une démarche singulière, aller de lit en lit près des autres malades. Il y a sept ans qu'il est entré à l'hôpital, il était vannier, gagnait très-bien sa vie et nous a dit n'avoir jamais fait d'excès. Dans sa famille, il ne comptait point de goutteux, ni de rhumatisants. Peu à peu les genoux, les pieds, les épaules, puis les poignets, enfin les mains furent le siége de douleurs qui duraient quelques jours et revenaient par accès. Les articulations bientôt se tuméfièrent, se déformèrent, et le malade fut obligé de garder le lit. Lorsqu'il entra dans notre salle Sainte-Agnès, il était courbé en deux, il y avait sept mois qu'il ne s'était levé de son lit.

Les articulations de la colonne vertébrale, dans les régions dorsale et lombaire, paraissaient soudées, les articulations coxo-fémorales étaient rigides. Avant de prendre le lit, ce malade, sur le conseil de beaucoup de médecins, était allé à Wiesbaden, à Aix-la-Chapelle, à Bourbonne. Son séjour, dans ces différentes stations, n'avait fait que procurer un soulagement passager, et le rhumatisme avait continué à tenir la plupart des articulations.

Pendant trois ans, nous avons soumis ce malade à un traitement complexe par la teinture d'iode à haute dose, les bains de vapeur, les bains sulfureux, les bains de sublimé et l'application de sachets

de sable chaud sur la plupart des articulations. L'affection parut enrayée au bout de ce temps, et le malade pouvait sortir de son lit.

Il souffre bien encore quelquefois, surtout lors des changements de temps; mais la douleur est devenue supportable, à la condition de ne point exiger de ce malade des efforts qui irritent ses jointures. Le mal était seulement enrayé; en effet, la colonne vertébrale est toujours restée roide, les hanches et les genoux n'ont point recouvré l'amplitude de leurs mouvements, les articulations tibio-tarsiennes et celles des orteils sont presque entièrement immobiles, aussi le malade marche-t-il en décrivant avec chaque jambe des arcs de cercle, il ne peut courir, il marche à la façon des canards. Les mouvements des épaules et des coudes sont partiellement conservés, ainsi que ceux des poignets; mais les phalanges digitales sont soudées entre elles, les doigts à demi-fléchis et incapables de tout mouvement précis.

Quoi que nous fassions encore, jamais ce malade ne guérira complétement; les nouûres osseuses et les subluxations ne disparaîtront jamais; c'est beaucoup d'avoir obtenu que les douleurs aient à peu près complétement cessé. L'état général restera toujours relativement mauvais, et les conditions hygiéniques dans lesquelles il se trouve, par son séjour prolongé à l'hôpital, le disposeront à contracter tôt ou tard de nouvelles attaques de son rhumatisme.

Lorsque j'exposais les principaux détails de l'observation de ce malade, j'étais loin de prévoir que bientôt il devait mourir. Dans l'hiver de 1863, ce malade se plaignit de douleurs dans la poitrine, il conserva de la bronchite pendant plusieurs mois, et, lorsqu'il nous demanda de l'examiner, nous constations l'existence d'une tuberculisation pulmonaire déjà avancée, à laquelle il succomba.

A l'autopsie nous trouvâmes des lésions beaucoup moins graves que nous ne l'eussions cru. Ainsi les articulations n'étaient pas luxées, à proprement parler, il y avait seulement flexion forcée de quelques-unes d'entre elles, et relâchement avec amincissement des ligaments dans le sens de l'extension par suite du tiraillement qu'ils subissaient depuis longtemps. Les cartilages articulaires étaient érodés, usés, au niveau des points où la pression des surfaces articulaires avait été la plus forte et la plus prolongée. Enfin les têtes osseuses étaient en partie déformées par la production d'ostéophytes, grenus, très-peu volumineux, au pourtour des points où les cartilages avaient disparu. A ce niveau, il y avait d'autres points où la substance osseuse était raréfiée, amincie, friable et se laissait couper au couteau. Il y avait évidemment eu là un travail de phlegmasie

chronique. Les nodosités des jointures étaient dues à la forte saillie des têtes osseuses en partie déplacées, mais non pas, comme on l'aurait cru pendant la vie, à la tuméfaction des os ; car, je le répète, il n'y avait que de très-petits ostéophytes, grenus, à peine saillants à la surface de l'os.

Je rappellerai encore l'observation d'une femme qui était couchée au dernier lit de la salle Saint-Bernard, et qui présentait les symptômes de début du rhumatisme noueux. Cette malade, âgée de quarante-cinq ans, mal réglée depuis plusieurs mois et ayant vécu dans des conditions hygiéniques favorables jusqu'au jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, avait été prise, après s'être refroidie, de douleurs dans les genoux et dans la hanche du côté droit. Elle avait pu cependant continuer sa profession de dame de magasin dans un établissement de nouveautés ; toutefois les douleurs devinrent plus vives, plus continues, et bientôt les poignets et les articulations du coude furent envahis par des douleurs. Elle demandait alors son entrée à l'Hôtel-Dieu ; nous constations un engorgement notable des genoux et des poignets, tout mouvement réveillait de vives douleurs en ces parties, ainsi que dans la hanche droite. Chaque soir, pendant une quinzaine de jours, il y avait exacerbation des douleurs en même temps qu'un léger mouvement fébrile.

La malade était pâle, anémique, il y avait peu d'appétit. Le cœur présentait un bruit de souffle, doux à la base, qui se prolongeait dans les vaisseaux du cou, mais il n'y avait point de signes de lésion organique des valvules.

La malade fut soumise au traitement par la teinture d'iode, et bientôt l'on put observer une notable amélioration dans l'état local et dans l'état général.

Chez ces trois malades, l'affection a débuté par des douleurs soudaines dans de grandes articulations, douleurs qui, après un temps variable, étaient accompagnées de l'engorgement, de l'empâtement de ces mêmes articulations. Puis la maladie se manifestant par accès, par paroxysmes, les jointures primitivement envahies devenaient le siége de douleurs et d'engorgements plus marqués, en même temps que d'autres jointures, grandes et petites, étaient envahies par la douleur. Puis, la douleur et les modifications de rapport des surfaces articulaires rendaient tout mouvement impossible, et les malades étaient alors condamnés à l'immobilité des membres affectés.

Dès le début, les malades pâlissent et s'affaiblissent, cependant chaque accès est à peine marqué par une légère accélération du

pouls, l'appétit est conservé. Nous n'avons jamais négligé d'examiner le cœur, et jamais nous n'avons constaté de lésion organique; c'est là un fait important à noter et qui a été généralement constaté.

L'affection a une marche essentiellement chronique, progressivement envahissante, et, quoi qu'on fasse, si on n'intervient pas dès les premières attaques, elle condamnera tôt ou tard les malades à une impotence presque absolue.

Les observations que je viens d'exposer ne sont certes pas suffisantes pour fournir une connaissance complète de la maladie dite *rhumatisme noueux*, aussi devrai-je, pour donner une description générale du rhumatisme noueux, mettre à contribution les travaux qui ont été publiés depuis le commencement de ce siècle sur le même sujet.

En commençant, j'ai dit que l'on observe rarement cette maladie dans les hôpitaux, parce que le rhumatisme noueux étant reconnu incurable, on dirige immédiatement les malades sur les asiles spéciaux. J'ajoute que cette maladie est rare, elle sévit beaucoup plus souvent sur les femmes, surtout à l'âge de la ménopause; cependant on l'observe chez des jeunes filles, lors de l'établissement de la menstruation et chez les jeunes femmes dans le cours de la grossesse. Depuis plus de trente ans que mon attention est éveillée sur cette maladie, je ne l'ai encore observée qu'une seule fois sur un jeune garçon de seize à dix-sept ans.

Sydenham, qui s'était beaucoup occupé des maladies goutteuses et rhumatismales, avait fort bien remarqué qu'il est une façon de rhumatisme chronique, apyrétique, laquelle diffère essentiellement de la goutte, bien qu'elle revienne, comme la goutte, par accès et puisse durer toute la vie. Sydenham ajoute : « Il arrive aussi quelquefois que les douleurs, après avoir duré longtemps et s'être fait sentir cruellement, cessent enfin d'elles-mêmes. Toutefois les articulations affectées demeurent entièrement privées de mouvement. Les jointures des doigts sont, pour ainsi dire, renversées, et il y a, comme dans la goutte, des *nodosités*, surtout au côté interne des doigts. Du reste, l'appétit est bon et le malade se porte bien d'ailleurs [1]. »

Je tenais à montrer, ainsi que l'a déjà établi mon savant ami M. Lasègue, que Sydenham avait parfaitement reconnu que cette variété de rhumatisme chronique, avec déformation et douleurs

---

[1] *Sydenham opera omnia* (*Sydenh. Soc.*, édit. 1864, p. 260) et *Sydenham*, traduction de Jault, 1816, t. I, p. 422.

articulaires, devait être différenciée de la maladie goutteuse. Aussi est-il fâcheux que Garrod et Fuller [1], en Angleterre, et M. Trastour, en France, aient conservé à la maladie que nous étudions le nom de rhumatisme goutteux [2]. Il est juste cependant de faire remarquer que Garrod, dans la dernière édition de son *Traité de la goutte*, propose de remplacer la dénomination de rhumatisme goutteux par celle d'*arthrite rhumatoïde*.

Mon intention, messieurs, ne saurait être de faire une revue rétrospective de tous les ouvrages qui ont été composés sur le *rhumatisme noueux*, les *nodosités des jointures*, la *goutte molle asthénique* et le *rhumatisme chronique primitif;* il me suffira de rappeler que Fuller, Garrod, puis MM. Lasègue, Charcot [3], Trastour et Plaisance nous ont fourni sur la question les meilleurs documents historiques et les notions les plus précieuses sur les symptômes, l'anatomie pathologique et le traitement du rhumatisme noueux.

Garrod et Fuller admettent qu'il existe une forme aiguë de rhumatisme goutteux, à début fébrile intense, avec inflammation aiguë de plusieurs articulations. Mais cette forme ne tarde pas à revêtir la forme chronique à une époque ultérieure; et plus tard apparaissent les déformations spéciales au rhumatisme goutteux.

Le plus souvent, il est vrai, la maladie se montre d'emblée sous forme chronique. Cependant, si vous interrogez les malades avec soin, vous apprendrez qu'à une époque antérieure, ils ont présenté les symptômes du rhumatisme articulaire subaigu ou aigu; d'autres fois ils se rappelleront que, plus jeunes, ils ont éprouvé des douleurs musculaires, de la pleurodynie, du lombago. Quelques femmes vous diront avoir longtemps souffert de migraines périodiques.

Ces antécédents sont importants à constater, parce qu'ils établissent que le rhumatisme noueux peut se montrer chez des malades qui, antérieurement, ont eu diverses manifestations de la diathèse rhumatismale.

Les douleurs du rhumatisme noueux ont le plus souvent pour siége les genoux, les poignets et les doigts. Au début de la maladie, les jointures, pendant un jour ou deux seulement, resteront douloureuses et tuméfiées; puis quinze jours, trois semaines ou cinq à

(1) Garrod, *Nature and treatment of gout and rheumatic gout*, 2e édit., 1863.

(2) Trastour, thèse inaugurale, 1853, *Du rhumatisme goutteux.*

(3) Charcot, thèse inaugurale, 1853.

six mois après, de nouvelles douleurs se manifesteront. Alors il n'y a plus seulement engorgement des parties molles, mais gonflement des épiphyses. Les os, à cette période de la maladie, ont subi une modification spéciale dans leur nutrition, laquelle a pour conséquence le gonflement et la raréfaction du tissu osseux épiphysaire.

Dans les grandes articulations, cette tuméfaction osseuse est très-marquée et distincte de la tuméfaction qui porte sur les parties molles des jointures. Souvent la synoviale est distendue par l'hydarthrose et ses parois épaissies semblent jeter des prolongements en dehors de l'articulation, comme on le constate sur la partie externe du poignet de la malade qui était couchée au n° 3 de la salle Saint-Bernard. Ces paquets synoviaux s'observent aussi sur les parties latérales des genoux; mais, au bout d'un temps variable, ces nodosités molles, pâteuses, disparaissent par résorption, et il ne reste plus que les nodosités épiphysaires.

Les déformations articulaires sont surtout remarquables à la main et au poignet : les doigts présentent des saillies au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes; les premières phalanges sont dans la flexion, ce qui rend plus saillantes encore les têtes des métacarpiens. La phalangine est dans l'extension, et la phalangette, comme la phalange, est dans la flexion. De cette position des métacarpiens et des phalanges entre elles, il résulte une forme bizarre de la main qui se traduit par des lignes brisées et des saillies alternativement opposées. L'articulation métacarpo-phalangienne proémine sur le dos de la main, tandis que l'articulation de la phalange avec la phalangine fait saillie du côté de la face palmaire. La main tout entière est le plus souvent dans une demi-flexion et inclinée, en même temps, sur le bord cubital.

Le type que nous venons de décrire, et dans lequel domine la flexion, est le plus fréquent. Il nous faut noter que toutes les articulations de la main ne sont point également prises. L'index, le médius et l'annulaire sont souvent le siége des modifications les plus accusées, tandis que le petit doigt et le pouce paraissent quelquefois presque indemnes de toute altération.

Il est un autre type, dit d'*extension*, où la phalange et la phalangette sont étendues, tandis que la phalangine seule est fléchie; dans ces cas, la saillie des têtes des métacarpiens a lieu du côté de la face palmaire de la main.

Enfin dans plusieurs observations et, pour s'en convaincre, il suffit de jeter les yeux sur les planches qui se trouvent dans la thèse

inaugurale de M. Charcot, les doigts présentent l'aspect de griffes. Dans d'autres cas, il existe des déformations telles, qu'elles échappent à toute description méthodique. Il nous faut cependant remarquer que parfois les doigts sont tout entiers dans l'extension et un peu écartés les uns des autres; c'est surtout dans cette variété que les doigts sont moniliformes.

Si le pouce paraît souvent respecté par la maladie et conserve la plupart de ses mouvements, il n'en est pas de même du gros orteil, qui, au contraire, présente les modifications de rapports les plus accusées; l'articulation métatarso-phalangienne offre une saillie considérable, surtout marquée en dedans, et le gros orteil, porté au-dessus ou au-dessous de l'orteil voisin, est dans l'extension ou la flexion forcée. Les autres doigts du pied peuvent présenter des altérations analogues à celles de la main, mais en général elles y sont beaucoup moins marquées.

Nous devons maintenant passer en revue les altérations des grandes articulations. Le plus souvent l'avant-bras est dans la demi-flexion ainsi que la jambe; cette position, une fois acquise, est persistante; les hanches et les épaules conservent presque toujours un certain degré de mobilité. Notez que les membres supérieurs peuvent être seuls envahis par la maladie, et que les malades conservent alors l'usage des membres inférieurs; mais, par contre, il n'est pas rare de voir les articulations de la colonne vertébrale ankylosées dans différentes régions, et alors les malades ne peuvent ni fléchir ni tourner la tête, et lorsque la région dorso-lombaire est envahie, ils sont souvent courbés en avant et ne peuvent se redresser. Enfin l'articulation temporo-maxillaire peut être le siége du rhumatisme chronique d'emblée, ainsi que M. Charcot l'a constaté sur six malades de la Salpêtrière.

J'ai déjà insisté sur les douleurs articulaires dont la forme, l'acuïté et le mode de retour peuvent varier pour chaque malade. Ces douleurs sont dues aux altérations de la synoviale, des cartilages et des épiphyses.

De plus, il existe quelquefois des douleurs dans la continuité des membres; elles sont spasmodiques, elles ont lieu principalement au moment des crises articulaires, et les malades savent très-bien les distinguer des douleurs qui accompagnent la fatigue musculaire; ils les comparent à des crampes. Elles ont pour siége les muscles de la jambe, de la cuisse, du bras et de l'avant-bras. Quelle est leur cause, quelle est leur nature ?

J'ai remarqué que les malades savent donner aux membres dou-

loureux des positions qui diminuent la douleur. Ainsi, dans l'inflammation dite *psoïtis*, les malades se couchent sur le côté correspondant au muscle affecté, puis la cuisse est en demi-flexion sur le bassin. De cette manière, le muscle psoas se trouve dans le relâchement, et ses fibres enflammées ne sont point tiraillées ; mais pour que cette flexion fût produite, il a fallu que les muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin aient été mis en contraction, ou bien que le malade, laissant la cuisse immobile, ait fait descendre le bassin de façon que la cuisse fût légèrement fléchie. De même, dans le torticolis musculaire, lorsque le trapèze est affecté de rhumatisme, on voit le muscle sterno-mastoïdien entrer en contraction pour éviter les tiraillements du muscle malade. Ainsi, encore dans le lombago, pour éviter aux muscles sacro-lombaires d'être tiraillés par le poids du tronc, les muscles obliques et droits de l'abdomen se contractent et tiennent le tronc immobile ou légèrement fléchi en avant.

Les muscles sains viennent donc en aide aux muscles malades pour éviter à ces derniers les tiraillements qui pourraient rappeler et exaspérer leur douleur. De même, lorsque les articulations sont douloureuses, les muscles entrent en action pour diminuer la douleur et maintenir l'articulation dans l'immobilité.

Ces faits ont été plusieurs fois remarqués ; aussi, lorsque l'on voulut se rendre compte des douleurs musculaires dans le rhumatisme noueux, on pensa que les muscles, contracturés depuis un temps variable pour soulager les articulations, étaient devenus eux-mêmes douloureux par fatigue. Cette interprétation se présentait naturellement à l'esprit, mais elle ne pouvait subsister devant l'analyse des faits, car les rétractions des muscles se montrent parfois avant que les jointures soient profondément affectées, et il n'est pas rare de voir ces rétractions augmenter à une époque où, depuis longtemps, les jointures ont cessé d'être douloureuses.

La contraction musculaire, dans ces cas, est donc indépendante de l'arthrite rhumatoïde chronique ; elle n'en est point la conséquence, et, dans les circonstances où les douleurs musculaires et articulaires semblent marcher d'une manière parallèle, nous serions, au contraire, disposé à penser que la douleur articulaire est quelquefois augmentée par la contraction spasmodique des muscles.

Mais quelle est la cause, la nature de ces douleurs musculaires, bientôt suivies de rétraction persistante ? Puisqu'il n'est pas possible de les considérer comme une conséquence de l'arthrite, il nous paraît plus rationnel de les considérer comme une manifestation de l'état morbide général, — manifestation qui peut manquer, —

mais qui quelquefois est un phénomène prédominant de la maladie.

L'anatomie pathologique, à la vérité, ne nous a encore dévoilé aucune lésion du système nerveux central ou périphérique dans le rhumatisme noueux; mais dans une maladie où l'élément douleur joue un rôle si important, en dehors même des articulations affectées, n'est-il pas permis d'émettre l'hypothèse que le système nerveux périphérique est lésé d'une façon telle que la contracture en serait la conséquence? Déjà, en 1853, M. Charcot avait, sous toutes réserves, hasardé l'hypothèse d'une action réflexe faisant la contraction, mais dans l'espèce il supposait que le point excito-moteur était dans les articulations malades. Cette hypothèse doit au moins être rejetée dans les cas où la douleur musculaire précède la lésion articulaire ou persiste lorsque l'articulation n'est plus douloureuse.

Quoi qu'il en soit, je crois que la douleur musculaire, bientôt suivie de rétraction persistante, indépendante de la lésion articulaire, doit être considérée comme une manifestation de la maladie. De plus, cette manifestation a son siége probable dans les troncs nerveux qui desservent un même ordre de muscles, ou dans les ramifications nerveuses de chacun des muscles contracturés. Plus tard, lorsque je discuterai la nature de la maladie dite *rhumatisme noueux*, nous verrons si cette manifestation nerveuse, ainsi que l'arthrite, est de nature rhumastimale.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du caractère névralgique de la photophobie qui complique certaines ophthalmies, notamment l'ophthalmie phlycténulaire, et de son traitement par le sulfate de quinine.

Par M. Fonssagrives, premier médecin en chef de la marine, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Il est bien peu d'ophthalmies qui ne se compliquent d'un certain degré de photophobie, mais il est des affections de l'œil dans lesquelles celle-ci affecte une forme, une marche, et une intensité particulières, souvent même caractéristiques. Telles sont les iritis syphilitiques, et les ophthalmies phlycténulaires simples ou strumeuses. On considère généralement la photophobie comme le résultat constant d'une hyperesthésie de la rétine ou du nerf optique, nous croyons plutôt qu'elle a son siége dans l'appareil nerveux ciliaire, et que, si la lumière augmente la photophobie ou la fait naître, on peut

s'expliquer ce fait par les mouvements oscillatoires qu'éprouve l'iris, sous son influence. Ces mouvements réveillent la névralgie ciliaire, comme ceux de la jambe réveillent les douleurs de la sciatique, comme les mouvements de la mastication provoquent celles d'une névralgie du trifacial. Dans beaucoup d'affections du globe oculaire, la photophobie est constante, uniforme, et elle suit dans son intensité la marche favorable ou défavorable de l'ophthalmie, à laquelle elle se lie; de plus ses paroxysmes sont *provoqués*, et ils se manifestent surtout quand on explore l'œil, c'est-à-dire quand on le soumet à des alternatives rapides de lumière brusque ou d'obscurité. Il en est autrement de l'ophthalmie dite *phlycténulaire*. Ici la photophobie est le symptôme dominant de l'affection, non pas seulement à raison de son intensité et des souffrances qu'il fait endurer aux malades, mais aussi parce qu'il s'élève souvent au rôle de symptôme primaire, et que les autres accidents se règlent sur lui, dans une mesure rigoureuse. C'est là un point d'une importance thérapeutique capitale, et que nous devons développer.

L'innervation tient sous sa dépendance immédiate et étroite tous les actes de la nutrition normale, et elle ne peut être troublée à un certain degré et avec une certaine persistance sans que les tissus qu'elle anime n'en éprouvent des modifications matérielles. Ainsi des palpitations nerveuses du cœur amèneront à la longue une hypertrophie de cet organe, une névralgie du nerf maxillaire supérieur produira, ainsi que cela arrive si souvent, une induration permanente des tissus de la joue, une gastralgie pourra devenir par sa continuité le point de départ, la cause provocatrice d'une dégénérescence organique de l'estomac, si par ailleurs, bien entendu, elle rencontre dans l'économie un germe diathésique qu'elle fait éclore. De ces exemples qu'il serait facile de multiplier, on peut conclure que des névroses essentielles peuvent à la longue produire des altérations organiques, et que le fait de la constatation nécroscopique de celles-ci n'exclut nullement l'idée d'une névrose qui les a précédées et qui coexiste avec elles. Ce que l'on constate pour ces altérations permanentes de tissu qui constituent les maladies organiques, on le constate également, et d'une manière plus frappante encore, pour ces modifications passagères qui naissent sous l'influence d'un trouble nerveux local, et qui se résument dans des phénomènes de fluxion congestive ou inflammatoire. C'est ainsi qu'une névralgie frontale ou irienne amènera une congestion plus ou moins profonde, plus ou moins durable des tissus de l'œil; si les accès sont peu intenses et sont éloignés, les phénomènes

congostifs ou inflammatoires n'auront pas de fixité, et ils se dissiperont dans leurs intervalles; dans les conditions opposées, une inflammation durable s'établira et offrira sur un fonds uniforme des exacerbations liées aux paroxysmes de la névralgie qui les a fait naître. La physiologie expérimentale, en montrant que l'intégrité nutritive de l'œil est liée à celle du trijumeau, rend parfaitement compte de cette solidarité pathologique. Elle s'opère très-vraisemblablement par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, qui, rétrécissant ou élargissant le calibre des vaisseaux, règlent la quantité de sang qui les traversent et mettent les tissus auxquels ils sont destinés dans un état de pénurie sanguine ou de vascularisation anomale. Et de là vient que, quand, sans l'emploi des moyens antiphlogistiques directs, on parvient à éteindre cette névralgie, on voit se dissiper du même coup les accidents inflammatoires qu'elle tenait sous sa dépendance. Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit; l'expérience nous a appris en effet que les choses se passaient ainsi, dans toutes les ophthalmies photophobiques; la douleur n'est pas ici un symptôme secondaire surajouté, mais un élément primaire qui se subordonne tous les autres par son importance. Enlever la névralgie, c'est ôter du même coup à l'ophthalmie sa raison de persistance ou d'aggravation.

Entre toutes les ophthalmies à photophobie paroxystique, il en est une surtout qui offre un intérêt pratique tout particulier à ce point de vue; c'est l'ophthalmie phlycténulaire. Trois faits la caractérisent : 1° sa liaison très-fréquente avec la diathèse strumeuse; 2° la violence et le caractère paroxystique de la photophobie qu'elle présente; 3° le développement de phlycténules, soit sur la conjonctive, soit sur la cornée, soit sur la limite des deux membranes. En ce qui concerne le support diathésique de cette sorte d'ophthalmie, il y a eu sans doute de l'exagération à affirmer qu'elle ne se développe que chez les sujets entachés de scrofules, mais on ne saurait contester cependant que l'ophthalmie phlycténulaire strumeuse est de beaucoup la plus fréquente. La photophobie, dans cette affection, est si douloureuse et si tenace, que Benedict l'a décrite à part sous le nom de *photophobia infantum scrofulosa*. Elle est beaucoup plus marquée pendant le jour, et elle s'apaise souvent le soir de manière à permettre à l'enfant d'ouvrir les yeux; mais, cependant, il nous est arrivé quelquefois de voir les paroxysmes se manifester principalement à l'approche de la nuit. « On pourrait peut-être, dit Mackensie, supposer que cette photophobie excessive et cette contraction spasmodique de l'orbiculaire des paupières ne se rencon-

trent que dans les cas les plus graves, dans ceux où il existe un haut degré d'inflammation, mais il n'en est pas ainsi. On est souvent étonné, lorsqu'on a réussi à examiner l'œil, de n'y trouver qu'une rougeur très-insignifiante, à peine plus prononcée que celle que l'on trouverait sur un œil sain... Il n'est pas rare que la douleur se fasse sentir la nuit. Elle paraît même se produire pendant le sommeil, car l'enfant s'éveille quelquefois, en poussant des cris que lui arrache la douleur. » (*Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 795.) Le dernier caractère qui distingue cette ophthalmie des autres consiste dans le développement des phlycténules. Tantôt il n'en existe qu'une seule, tantôt elles sont multiples. Desmarres a vu des cas où ces vésicules étaient si nombreuses, que la cornée pouvait être comparée à ces montres de femme qui sont entourées de perles. Ce double fait du développement des vésicules et de la coexistence d'une névralgie paroxystique qui les précède et leur survit, établit entre cette ophthalmie et l'herpès zona une analogie que nous n'avons trouvée indiquée nulle part, et qui frappe notre esprit. Ici, comme dans le zona, la névralgie est le fait primaire, essentiel, et l'éruption cornéale n'est que successive. Il y a, peut-être, on le voit, plus qu'une simple ressemblance entre les deux maladies. Quoi qu'il en soit, et c'est là le fait pratique sur lequel nous désirions surtout appeler l'attention, dans cette sorte d'ophthalmie que nous nommerions volontiers *ophthalmie névralgique*, il est d'un immense intérêt de faire disparaître, aussitôt que possible, les paroxysmes de la douleur, parce qu'on arrête du même coup les accidents inflammatoires qu'elle fait naître et qu'elle entretient. Nous sommes convaincu que si, au lieu de lutter uniquement par des antiphlogistiques contre les ophthalmies de cette nature, on s'attachait à combattre en même temps l'élément névralgique, on s'opposerait le plus habituellement à la production de ces lésions de tissu trop souvent irrémédiables, qui sont la conséquence de l'inflammation de la cornée et de l'iris. Deux séries de moyens peuvent être employées, concurremment ou successivement, pour arriver à ce résultat thérapeutique : des moyens locaux, des moyens généraux. Parmi les premiers, qui embrassent tout l'ensemble des stupéfiants appliqués localement, nous ferons une mention spéciale des inoculations de morphine pratiquées à l'aide de la lancette, sous forme de vaccination, et qui disséminent l'agent anesthésique sur une large surface. Ce moyen, de beaucoup supérieur aux vésicatoires morphinés et d'une application plus commode, est certainement de tous celui qui calme le plus rapidement les douleurs au

moment des paroxysmes, mais il ne fait que les calmer, et si l'on n'emploie un moyen général, ils se reproduiront à coup sûr. Or, ce moyen, qui réussit dans la grande majorité des cas, c'est le sulfate de quinine. Nous avions été conduit à l'employer à raison du caractère paroxystique et comme périodique des douleurs de l'ophthalmie phlycténulaire, et nous avions constaté l'efficacité remarquable de cet agent, avant de savoir qu'un certain nombre d'ophthalmologistes y avaient eu recours avec le même succès. Cette concordance de résultats constatée après coup a été pour nous une garantie de l'exactitude de ce fait thérapeutique.

Mackensie, après avoir passé en revue les divers traitements de l'ophthalmie phlycténulaire, et constaté leur efficacité habituelle, s'exprime ainsi au sujet de la quinine : « L'essai que j'ai fait de plusieurs remèdes internes m'a démontré qu'aucun n'était aussi utile que le sulfate de quinine. Il exerce une action remarquable sur l'affection constitutionnelle qui accompagne l'ophthalmie (proposition à coup sûr fort contestable), et, par conséquent, sur l'affection locale elle-même. Je l'emploie d'habitude à la dose d'un grain, trois fois par jour, d'un demi-grain chez les très-jeunes enfants, et de deux grains chez les adultes et les adolescents. On peut l'administrer mélangé avec du sucre en poudre, mais il paraît moins agir qu'en solution. Je le mélange aussi avec l'acide sulfurique aromatisé, auquel j'ajoute quantité suffisante d'eau et de sirop. *Dans la plupart des cas, ses effets sont très-remarquables.* Bien que j'aie rencontré un petit nombre de cas qui ont paru résister à son action, il n'en a pas moins agi d'une façon extraordinaire sur la plupart des malades à qui je l'ai prescrit, diminuant d'ordinaire, au bout de quelques jours, la photophobie excessive et l'épiphora, provoquant l'absorption des phlycténules, et hâtant la cicatrisation des ulcérations de la cornée. » (*Op. cit.*, t. I, p. 860.) Mackensie cite, dans son ouvrage, deux observations d'ophthalmie phlycténulaire avec ulcère cornéal et onyx tendant à la perforation, qui ont été guéries par cette méthode. Si l'explication fournie par Mackensie est défectueuse, le fait thérapeutique qu'il signale est parfaitement exact, et les éloges qu'il prodigue au sulfate de quinine n'ont certainement rien d'exagéré. M. Tavignot (*Traité clinique des maladies des yeux*, 1847, p. 289) a reproché à Mackensie d'avoir associé le sulfate de quinine à d'autres médicaments. Il est vrai qu'il débutait par un vomitif, des doses de calomel et de rhubarbe, mais le tour du sulfate de quinine venait assez promptement pour que l'amélioration dût lui être rapportée, et, d'ailleurs, ce praticien émi-

nent ne pouvait certainement tomber dans une pareille confusion. M. Deval (*Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, Paris, 1862), s'inspirant de la pratique de Mackensie et de celle de Quadri, de Naples, accorde, de son côté, les plus grands éloges au sulfate de quinine dans les kératites avec éréthisme de l'organe visuel. « Je le regarde, dit-il, comme une sorte de spécifique dans de telles conditions. J'ai vu, notamment chez les jeunes sujets lymphatiques, l'excessive sensibilité des yeux, le blépharospasme et le larmoiement diminuer, puis s'évanouir comme par enchantement, sous l'influence de cet agent, amélioration devenant le point de départ d'une cicatrisation rapide des ulcérations de la cornée et de la résolution d'épanchements localisés dans sa substance. » (*Op. cit.*, p. 127.)

Nous sommes heureux de pouvoir placer notre assertion sous la sauvegarde d'ophthalmologistes aussi autorisés, et nous aussi nous considérons le sulfate de quinine comme un médicament héroïque dans le traitement de la photophobie paroxystique qui complique diverses ophthalmies, kératites, iritis, conjonctivites; mais, à notre avis, il n'agit dans aucune aussi rapidement et aussi sûrement que dans l'opthalmie phlycténulaire, surtout dans celle du jeune âge.

Les doses employées par Mackensie sont évidemment trop faibles. Deval indique de 0,20 à 0,50 centigrammes par jour chez les adultes. Nous croyons cette dose insuffisante dans un bon nombre de cas; elle peut suffire chez les jeunes gens et chez les femmes très-impressionnables d'ordinaire à cet agent, elles échoueraient chez les adultes, et il ne faut pas hésiter à porter successivement chez eux les doses du médicament à 0,80 centigrammes et même 1 gramme. L'apparition des signes physiologiques indiquant la saturation quinique montre que la dose est suffisante. Il est, du reste, d'observation, comme on sait, que les névralgies exigent des doses élevées de sulfate de quinine, et résistent à celles qui suffisent à la curation d'accès intermittents simples. Si les paroxysmes de la douleur et de la photophobie reviennent à heures à peu près régulières, il faut administrer la quinine quatre ou cinq heures avant le moment probable de leur réapparition, afin que la modification fonctionnelle exercée sur le système nerveux par cet agent soit dans toute son intensité à l'approche de l'heure du paroxysme. Il faut, bien entendu, une fois la photophobie enrayée, insister plusieurs jours et à doses progressivement décroissantes sur l'usage du médicament, afin de se garantir contre les recrudescences.

Il est difficile de théoriser le mode d'action de la quinine dans ce cas, mais il est bon de faire remarquer que ce beau médicament, encore si peu connu malgré tant de travaux, exerce incontestablement sur le système nerveux une action stupéfiante très-énergique. C'est un anesthésique, en ce sens qu'il calme la douleur, surtout certaines douleurs diathésiques. Son utilité dans le rhumatisme généralisé subaigu est très-remarquable sous ce rapport ; de même aussi la photophobie strumeuse trouve en lui son médicament le moins incertain, les douleurs si vives et également paroxystiques de l'iritis syphilitique s'accommodent aussi très-bien de ce moyen (qui n'exclue en rien, bien entendu, le traitement spécifique) ; enfin, il est d'observation que la quinine a prise sur les névralgies de quelque nature qu'elles soient, même sur celles qui dépendent d'une cause matérielle, qui ont une épine organique, mais que ce sont surtout les névralgies de la face qui sont justiciables de son emploi. Quand un médicament a une action spécifique bien constatée, on est disposé à ne voir en lui que cette propriété, et à oublier les services qu'il peut rendre à d'autres titres ; c'est ce qui est arrivé pour l'iode, pour le mercure, c'est ce qui arrive aussi pour la quinine. L'habitude d'opposer cet agent aux diverses manifestations du paludisme empêche de songer à ses autres applications, et il nous semble qu'il y a lieu de le remettre à l'étude sous ce rapport. C'est ce que nous nous proposons de faire dans un autre travail.

En résumant celui-ci, nous en tirons les conclusions suivantes :

1° Le sulfate de quinine exerce une action incontestablement utile dans la photophobie douloureuse qui complique les diverses ophthalmies ; il l'enraye d'une manière complète ou du moins en diminue tellement la violence, que son utilité ne saurait être mise en doute ;

2° Son administration n'exclue nullement l'emploi des moyens sédatifs et antiphlogistiques locaux ou des moyens diathésiques généraux, il concorde avec les premiers comme instrument de sédation, et permet aux seconds de développer leur action, qui est habituellement tardive ;

3° Toutes les ophthalmies dans lesquelles l'élément douleur domine indiquent l'usage de la quinine, mais elle est surtout utile dans l'ophthalmie phlycténulaire et dans l'iritis syphilitique, surtout quand, dans cette dernière, la douleur revêt la forme d'accès ;

4° Dans ces ophthalmies, les altérations de tissu sont sous la dépendance des troubles névralgiques, de telle sorte qu'en administrant de bonne heure ce médicament, on peut espérer ou de

prévenir les lésions si graves que l'inflammation laisse si souvent à sa suite dans ces tissus délicats, ou au moins d'en limiter les progrès ;

5° L'ophthalmie phlycténulaire des enfants, principalement des enfants strumeux, est celle dans laquelle l'efficacité du sulfate de quinine comme moyen de remédier à la photophobie et à la douleur apparaît de la manière la plus évidente. Les stupéfiants employés localement ou à l'intérieur peuvent seconder l'action de la quinine, mais ils ne sauraient remplacer ce dernier médicament, qui doit être essayé dans tous les cas spécifiés plus haut.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Observations sur quelques préparations pharmaceutiques du goudron.

Par M. Deschamps, pharmacien en chef de la Maison de Charenton.

Le goudron est certainement une substance médicamenteuse des plus utiles. C'est un agent thérapeutique très-complexe, et, comme la plupart de ces corps, il n'a que bien rarement des propriétés physiques identiques. Tantôt il est fluide, tantôt il est mou, et tantôt il est très-épais. Sous ces trois états, le goudron est loin d'avoir la même valeur. Le meilleur est le plus fluide, et l'on doit choisir celui qui cède le plus de principes solubles à l'eau. Cependant, il arrive fréquemment que du goudron très-soluble, nous parlons par comparaison, cesse, après un certain temps, d'abandonner à ce dissolvant autant de principes qu'il en abandonnait quelque temps auparavant. Notre collègue M. Marais a remarqué que le goudron qu'il recevait de Norwége, était très-soluble dans l'eau quand il arrivait, et qu'il perdait insensiblement cette grande solubilité. Ce phénomène, qui est dû à une modification moléculaire qu'un ou plusieurs de ses principes constituants éprouvent avec le temps, grand modificateur des corps, ou bien sous l'influence de l'air ou de la lumière, ou d'une variation de température, se manifeste plus souvent qu'on ne le croit généralement; aussi nous ajouterons, pour appuyer notre opinion, que la colophane pulvérisée éprouve une semblable modification, et que, de soluble dans les corps gras qu'elle est, avant et après avoir été réduite en poudre, elle devient en partie insoluble quelques mois après, sous la simple influence de la lumière, et ne peut plus être substituée à la colophane entière.

Parmi les préparations pharmaceutiques du goudron destinées

à l'usage interne, il n'y a que le sirop, les tablettes et l'eau qui puissent être recommandées; les pilules, les électuaires, etc., qui sont préparés avec tout le goudron, déterminent chez beaucoup de malades des céphalalgies plus ou moins intenses. Le sirop présente, sous un petit volume, une proportion très-grande des principes solubles du goudron. Il n'est pas désagréable à prendre; on s'habitue promptement à sa saveur. Les tablettes contiennent assez de goudron pour entretenir la médication et servir à la diète respiratoire de M. le docteur Sales-Girons; mais l'eau est la préparation dont on fait le plus d'usage, c'est aussi la plus simple; seulement, il faudrait bien s'entendre sur la manière de la préparer, afin que ses propriétés fussent identiques ou les plus identiques possibles.

En 1790, on la préparait avec 500 grammes ou 1,000 grammes de goudron et 16,000 grammes d'eau. C'était alors une once ou deux onces de goudron pour 1,000 grammes d'eau. Les auteurs du Codex de 1819 adoptèrent la proportion 500 : 16,000; mais ceux de 1837, croyant mieux faire assurément, prescrivirent la proportion 500 : 15,000, c'est-à-dire 33g,3333, etc., de goudron pour 1,000 grammes d'eau. Soubeiran conseilla d'employer 1 partie pour 16 d'eau. C'était revenir à la plus forte proportion des anciens; il avait dû probablement choisir cette proportion, parce que le goudron qu'il avait à sa disposition était très-épais, et par conséquent très-peu soluble. Beaucoup de médecins, considérant cet agent comme une mine inépuisable, recommandent de mettre du goudron dans un vase, de le remplir d'eau, d'agiter ou de ne pas agiter, et d'ajouter de l'eau jusqu'à ce que le goudron soit épuisé.

Nous ne pouvons pas approuver ce *modus faciendi;* il est en opposition avec tous les principes pharmaceutiques et thérapeutiques, et nous pensons que tout le monde sera de notre avis lorsque nous aurons dit que l'eau de goudron tient en dissolution de la résine, de l'huile pyrogénée, du picamare, de l'acide phénique, de l'acide acétique, de l'acide butyrique, du principe volatil des feuilles fraîches du pin et du sapin, etc.; que les principes facilement solubles favorisent la solubilité de ceux qui le sont très-peu, et qu'une fois dissous, leur influence devient nulle, et l'eau n'a plus les mêmes propriétés thérapeutiques. Aussi nous croyons, d'après les expériences nombreuses que nous avons exécutées, devoir proposer les formules suivantes :

Eau de goudron.

Goudron fluide 20g,00
Eau bouillante .... 1,000 ,00

Pesez le goudron, mettez-le dans un pot de faïence, versez un peu d'eau bouillante, agitez vivement pour que le goudron soit très-divisé, ajoutez le reste de l'eau, laissez refroidir et filtrez.

Un verre, 150 grammes, représente l'infusé de 3 grammes de goudron.

Cette eau est supérieure à celle qui a été faite par macération, et ce *modus faciendi* simplifie et régularise cette préparation.

Eau de goudron concentrée.

Goudron fluide	500g,00
Eau	1,000 ,00

Pesez le tout dans un ballon et suivez la première partie du *modus faciendi* du sirop.

1 gramme représente les principes solubles, dans cette circonstance, de 50 centigrammes de goudron.

Il suffit d'en mettre une petite quantité dans un verre d'eau ou dans un verre d'eau et de vin. Cette eau concentrée est de nature à rendre de grands services. On peut parfaitement doser l'eau que l'on doit prendre.

Sirop de goudron.

Goudron fluide	153g,00
Eau	265 ,00

Pesez le goudron et l'eau dans un ballon assez grand pour qu'on puisse facilement les mélanger par l'agitation, bouchez légèrement le ballon, chauffez-le dans un bain-marie bouillant pendant six heures, agitez de temps en temps, laissez refroidir, filtrez et prenez :

Liquide filtré	212g,00
Sucre	400 ,00

Proportion, 530 ; 1,000

Pesez le tout dans un ballon, bouchez-le légèrement, chauffez-le au bain-marie pour faire dissoudre le sucre, agitez de temps en temps, laissez refroidir et filtrez.

20 grammes représentent le digéré de 4 grammes de goudron.

Tablettes de goudron.

Goudron	120g,00
Eau	180 ,00

Suivez la première partie du *modus faciendi* du sirop et prenez :

Gomme adragante	1g,60
Gomme arabique	3 ,20
Sucre pulvérisé	195 ,20
	200g,00
Digéré de goudron	Q. S. 15g,00

Faites une pâte et divisez-la en tablettes de 1 gramme.

Une tablette contient le digéré de 0gr,05 de goudron.

On peut, sans nuire à l'effet de ces tablettes, les aromatiser avec quelques gouttes d'essence de menthe, 6 gouttes, puisque, d'après nos expériences, cette essence rend, comme le goudron, l'oxygène inactif.

On a proposé, depuis peu de temps, de remplacer l'eau de goudron par un liquide qui a reçu un très-joli nom; mais ce n'est pas de l'eau de goudron. Cette idée a engagé quelques personnes à préparer une liqueur de goudron assez concentrée pour qu'une cuillerée suffise pour préparer instantanément une bouteille d'eau de goudron. Malheureusement, cette pensée ne peut être approuvée, puisque l'eau n'est pas du tout semblable à l'eau de goudron.

Cette liqueur est d'un brun foncé; elle est limpide, et cependant elle laisse déposer un peu de matière goudronneuse; mais elle est alcaline au lieu d'être acide. Elle dégage de l'acide carbonique quand on y ajoute de l'acide chlorhydrique, et il se sépare une matière résineuse brunâtre. On emploie de la soude pour la préparer.

Quand on a un peu étudié le goudron, on sait qu'en agitant de temps en temps, pendant deux ou trois jours, 15 grammes de goudron et un soluté de 5 grammes de soude ou de potasse caustique et de 20 grammes d'eau, on obtient un liquide dans lequel nage la matière résineuse saponifiée; que tout est soluble dans l'eau, et qu'en passant le liquide à travers un linge, on a une liqueur dont le pouvoir colorant est très-intense. On sait aussi qu'en substituant le carbonate de soude à la soude caustique, les réactions sont à peu près identiques, avec cette différence que le liquide est moins coloré et que la matière résineuse n'est pas devenue soluble. Quand on chauffe, l'opération est plus tôt terminée.

D'après cela, tout le monde peut préparer un liquide à peu près semblable à celui qui a été proposé, en opérant de la manière suivante :

Goudron	120g,00
Carbonate de soude	20 ,00
Eau	500 ,00

Pesez le tout dans une capsule, chauffez jusqu'à l'ébullition, laissez refroidir et filtrez.

15 grammes suffisent pour préparer un litre d'eau.

En donnant cette formule, nous n'avons pas l'intention de conseiller de l'exécuter, puisque nous blâmons les préparations de ce

genre. Nous voulons seulement prouver qu'avec un alcali on peut économiser beaucoup de goudron, et faire comprendre qu'une liqueur semblable n'est pas, et ne peut pas remplacer l'eau de goudron.

Si l'on diminuait la proportion de carbonate de soude, on ne réussirait pas.

Quand on ajoute de l'acide chlorhydrique à ces liqueurs nouvellement préparées, la matière résineuse qui se sépare est blanchâtre; mais, si on abandonne le liquide qui a été préparé avec de la soude caustique au contact de l'air, pour carbonater la soude, et qu'on y ajoute de l'eau pour avoir une solution aussi colorée que celle qui a été préparée avec du carbonate, la matière résineuse qui se précipite alors est brunâtre, et le liquide reste coloré. Cette différence dans la réaction de l'acide, qui doit exister également dans l'eau carbonatée, est due à une modification secondaire que la matière résineuse dissoute éprouve sous l'influence de l'oxygène et de l'alcali.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Plaies des bourses avec issue des testicules et de leurs enveloppes.

Roumieux (Adrien), âgé de vingt ans, d'une constitution forte et vigoureuse, conduisait trois chevaux attelés à une lourde charrette sur laquelle étaient d'énormes blocs de pierre, dont la totalité du poids dépassait 3,000 kilogrammes, lorsqu'il fait un faux pas et tombe sur la route au moment où, arrivés à une descente, les chevaux avaient pris une allure assez rapide. Une roue de la charrette passe entre les jambes écartées du conducteur, par-dessus la cuisse gauche, au niveau du pli de l'aine. Grâce à quelque pierre assez volumineuse qui s'est rencontrée probablement sous la roue et lui a imprimé une secousse, la cuisse n'est pas broyée. Le charretier se relève, fait quelques pas, puis il s'affaisse sur lui-même, en appelant à son secours.

On le transporte à l'hôpital, et un quart d'heure après je constate les désordres suivants : la peau des bourses est fendue des deux côtés :

Du côté droit, dans la direction d'une ligne partant depuis le dessous de la verge et s'étendant presque perpendiculairement au raphé du scrotum, dans une longueur qui mesure environ 25 centimètres.

Du côté gauche, la fente commence également au-dessous de la

verge, mais sa direction est presque parallèle au raphé, et la longueur est d'environ 30 centimètres. On dirait que ces deux incisions ont été faites par un instrument tranchant, tant elles sont nettes ; le reste du scrotum est fortement ecchymosé ; la verge est intacte.

Les enveloppes des deux testicules sont complétement ouvertes et viennent faire hernie à travers les lèvres de la plaie, les dartos formant une tumeur molle et rougeâtre de la grosseur d'un œuf de dinde.

Le testicule droit, pourvu de son épididyme, complétement à nu, d'un aspect blanchâtre, sec, peu lisse, et ayant perdu sa couleur luisante, se trouve, au niveau du genou droit, suspendu comme par un long fil à son cordon spermatique.

Le testicule gauche, entouré de lambeaux de tunique vaginale, n'a été tiraillé que jusqu'à la partie moyenne de la cuisse gauche.

L'hémorrhagie est arrêtée et paraît avoir été très-peu abondante.

La cuisse droite est intacte, la portion supérieure de la cuisse gauche offre des traces d'une contusion profonde, mais il n'y a pas de fracture.

Je réduis le testicule gauche et ses enveloppes, non sans peine, à cause du volume des parties herniées, et, pendant qu'un aide les maintient, en s'opposant à leur sortie par la pression de plusieurs doigts, je place plusieurs points de suture sur les bords de la plaie.

La même opération est faite du côté droit ; j'applique en outre quelques bandelettes pour maintenir des portions de tunique vaginale qui faisaient saillie entre les points de suture. Une compresse fenestrée enduite de cérat, des plumasseaux de charpie, et un large suspensoir complètent le pansement.

Après l'opération, pendant laquelle le jeune homme n'a cessé de gémir, accusant des douleurs atroces dans les reins, dans les testicules et dans le ventre, le pouls est filiforme, la face inondée de sueur froide ; nous faisons avaler un demi-verre de vin sucré au patient, en attendant qu'une potion cordiale soit préparée.

Pendant les premières heures qui suivent le pansement, une cuillerée à bouche de la potion cordiale est donnée toutes les demi-heures, concurremment avec quelques cuillerées d'une infusion chaude de tilleul.

A midi, quatre heures après l'accident, le pouls s'est développé ; il y a un peu de fièvre ; le malade ne s'inquiète plus du désordre des parties génitales et n'accuse de douleur qu'à la région inguinale gauche. Je prescris quinze sangsues sur la cuisse et dix sangsues à la région inguinale, pour remédier à la douleur et au gonflement qui existent dans ces parties.

Le soir, à six heures, la fièvre est assez forte, la soif vive, le pouls plein et dur; saignée de 600 grammes; potion opiacée.

Le lendemain, 26 septembre, à sept heures du matin, pouls moins plein, moins fréquent; le malade a pu reposer quelques heures; il se plaint de douleurs à l'ombilic. Nous prescrivons une application de quinze sangsues sur le point douloureux, avec recommandation expresse de faire couler les piqûres le plus longtemps possible. Nous enlevons le pansement qui couvre les bourses, celles-ci sont peu tuméfiées, et l'on voit déjà paraître les bourgeons charnus qui doivent former la cicatrisation. Pansement simple comme la veille. La journée est assez calme, mais, vers le soir, le malade essaye de se lever pour aller à la selle et aussitôt après il accuse des douleurs vives aux lombes et à l'hypogastre. A notre visite du soir, nous trouvons le malade agité, inquiet. Le pouls est fréquent et dur; nouvelle saignée de 300 grammes, continuation de la potion opiacée; cataplasmes laudanisés sur le ventre. Dans la nuit, il y a eu quelques heures de sommeil, et, le 27 au matin, nous trouvons le malade plus rassuré; les douleurs du ventre sont légères, et la fièvre a diminué. La potion opiacée et les cataplasmes laudanisés sont continués.

Les 28 et 29, les souffrances vont en diminuant; la fièvre cesse; la plaie des bourses suppure assez abondamment pour nécessiter deux pansements par jour. On lave les plaies avec du vin aromatique, et le linge troué est enduit de cérat au quinquina.

Le 30, on permet un peu de bouillon; le 2 octobre, on accorde quatre potages; le 5, une côtelette; enfin le malade fait, le 7 octobre, ses quatre repas par jour. Les plaies marchent vers la cicatrisation, sans présenter rien d'anomal, et, le 16 octobre, trois semaines après l'accident, jour pour jour, Roumieux sort de l'hôpital, complétement guéri.

D[r] CANTEL DES MEES.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la dyspepsie, fondé sur l'étude physiologique et clinique, par M. J.-J. GUIPON, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des hospices et des épidémies à Laon, vice-président du conseil départemental d'hygiène publique et de salubrité de l'Aisne, lauréat du Val-de-Grâce et de l'Académie impériale de médecine, etc., etc., ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine.

Il y a, dans la manière de composer les livres de médecine aujourd'hui, un vice radical que nous demandons à M. le docteur

Guipon la permission de signaler avant de parler de son intéressant ouvrage : ce vice, tout de méthode, et qui doit être, sans ambages, imputé à la vanité des auteurs, consiste, à propos d'une monographie quelconque, à noyer son sujet essentiel dans des détails de physiologie, d'anatomie, de chimie, d'histologie quelquefois, qui s'y rapportent plus ou moins directement, mais enfin, qui se trouvent ailleurs, et qu'il est parfaitement inutile d'y copier pour enfler un volume, et lui donner les proportions d'un majestueux *in-octavo*. Il y a longtemps que nous eussions pu signaler ce travers dans les auteurs contemporains : et si ce que nous n'avons pas fait jusqu'alors, nous le faisons aujourd'hui, à propos du livre du médecin de Laon, c'est que plus que beaucoup d'autres, il a mis de la discrétion dans le déploiement de ce luxe d'érudition facile, et qu'une courte indication bibliographique rendrait complétement inutile. Outre qu'on effraye les gens par cette crinoline sous laquelle se cache souvent une science maigre et mal digérée, comme les têtes encyclopédiques sont rares, on court risque de ne pas même balbutier correctement l'état précis de la science à l'heure où l'on parle, dans ces sommaires qui prétendent à résumer en quelques pages le mouvement d'une ou plusieurs sciences collatérales. Bien que, je le répète, notre savant confrère de Laon prête le flanc moins que beaucoup d'autres à cette critique générale qui échappe en ce moment à notre plume, lui aussi, en essayant de tracer en quelques pages l'histoire physiologique de la digestion, d'après les données les plus modernes de l'observation directe ou de l'expérimentation, a côtoyé plusieurs erreurs capitales, s'il n'y a pas versé complétement. C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, qu'il tend à placer dans la salive proprement dite un ferment saccharifiant, qui, d'après des expériences positives de M. C. Bernard, réside uniquement dans la muqueuse buccale. Ce fait parfaitement authentique tend à expliquer, ce qui reste sans explication dans la théorie de M. Mialhe, l'intégrité parfaite de la digestion chez un certain nombre de fumeurs intrépides qui, malgré l'habitude du tabac, perdent chaque jour des quantités énormes de salive. Mais c'est trop nous arrêter sur un détail microscopique dans un livre plein de choses, passons, non toutefois sans maintenir l'opportunité de la critique générale qui précède, et qui, nous nous plaisons à le redire, s'applique bien plus à une foule d'ouvrages contemporains que nous pourrions citer, qu'à l'ouvrage, beaucoup plus circonspect à l'endroit de cet abus de l'érudition facile, de M. le docteur Guipon.

Sous le nom de dyspepsie, le laborieux médecin de Laon comprend toute digestion difficile, douloureuse et pervertie, soit par suite d'un trouble survenu dans l'innervation locale, soit comme conséquence d'une altération subie par l'une des sécrétions qui concourent directement à l'acte complet de la digestion. Bien que cette définition diffère quelque peu de celle de MM. Chomel et Nonat, pour ne parler que des deux principaux auteurs qui, parmi nous, ont traité *in extenso* des dyspepsies, elle n'entraîne pas pour l'auteur de bien grandes différences dans la division de son livre : la seule différence un peu sérieuse qu'on y saisisse, c'est l'addition de deux formes de dyspepsie que l'auteur croit devoir signaler à l'attention de ses confrères, la dyspepsie pituiteuse, et la dyspepsie syncopale. Quant à la dyspepsie pituiteuse, c'est là une forme réelle, qu'on trouve partout décrite, sous une dénomination analogue ou différente, et dont M. Guipon a tracé l'histoire d'une manière complète. En est-il de même de la dyspepsie syncopale ? Nous craignons qu'ici notre auteur attentif, à force de vouloir pénétrer plus avant dans le fond des choses, ne soit tombé dans la subtilité. Assurément, un dyspeptique peut présenter des tendances à la syncope ; qui le nie ? qui ne le comprend merveilleusement surtout ? mais cette circonstance, cet incident insolite dans les mœurs physiologiques du dyspeptique, comme eût dit Bordeu, impriment-ils à la maladie un tel cachet d'originalité, qu'il faille en faire une forme spéciale, une variété ? Nous connaissons des dyspeptiques qui ne souffrent pas de l'estomac sans que le cœur ne s'associe au travail morbide du principal organe de la digestion, par des palpitations : cette circonstance dans la marche du mal suffirait-elle pour en faire une forme à part ? Non, assurément ; car s'il en était autrement, il faudrait singulièrement élargir le cadre nosologique, et dans cette poussière de maladie on ne retrouverait plus la maladie. Analysons, mais gardons-nous de nous perdre dans les nuances où, au lieu des choses, nous courrions risque de ne rencontrer que les phosphènes de l'imagination. Il en est encore ainsi et *à fortiori* d'une autre variété que le laborieux médecin de Laon aurait quelque velléité de distinguer sous le nom de dyspepsie vermineuse. Ici l'erreur s'aggraverait même d'une confusion que l'excellent esprit pratique de l'auteur eût dû lui faire éviter. Sans doute, il y a des dyspeptiques qui, en même temps qu'ils digèrent laborieusement, ont des vers, soit lombrics, soit oxyures ; mais c'est là, le plus ordinairement, un épiphénomène sans portée, dans la constitution de la maladie, et qui naît unique-

ment de conditions diététiques mauvaises dans lesquelles la dyspepsie elle-même s'est développée. Il y a là partout un excès de science, et c'est uniquement ce défaut, qui n'est pas celui de tout le monde, que, dans cette critique, nous avons voulu relever.

Nous voudrions que le livre de M. le docteur Guipon fût lu de beaucoup, et c'est parce que nous verrions de l'utilité à ce qu'il en fût ainsi, que nous signalons non les lacunes, mais les superfluités qui peuvent en entraver l'influence heureuse sur la pratique médicale de ceux entre les mains desquels il pourra tomber. C'est au même titre, et dans la même intention de critique bienveillante, que nous signalerons encore un défaut de méthode plus grave peut-être, et qui, dans tous les cas, tend à augmenter la confusion dans un ouvrage divisé jusqu'à l'émiettement : nous voulons parler de la singulière fantaisie qu'a eue l'auteur de tracer la marche de la maladie, en ses diverses formes, avant d'en exposer la symptomatologie : il y a là une interversion de l'ordre naturel, de la didactique la plus élémentaire, qu'il nous aura suffi de signaler, sans y insister davantage.

Mais arrivons, sans transition, à la partie capitale du livre de notre savant confrère, celui, nous pouvons le lui assurer à l'avance, qui appellera surtout l'attention des médecins auxquels il aura la bonne fortune d'arriver. Comme tous les hommes intelligents qui se sont appliqués sérieusement à l'étude de la thérapeutique de la dyspepsie, une des maladies les plus fréquentes assurément du cadre nosologique, M. Guipon estime et pose en principe, dans plusieurs pages de son livre, que le régime, tant physique que moral, est la base fondamentale de cette thérapeutique. Comment en serait-il autrement, quand il serait si facile de démontrer, à qui aurait la patience de l'entreprendre, qu'il n'y a pas un cas de dyspepsie simple, primitive peut-être, qui ne soit la création logique de l'organisme. Mais tout en posant ce principe d'une manière nette et des plus explicites, il nous semble que l'auteur, entraîné par cet instinct invincible qui nous porte à aller au delà des simples règles de l'hygiène, pour trouver une médication plus rapide et plus en harmonie avec les impatiences et surtout les intempérances de malades qui voudraient encore digérer passablement à l'heure de la mort, il nous semble, répété-je, que M. Guipon oublie un peu ces règles essentielles, quand il trace l'histoire de la polypharmacie à laquelle on peut emprunter quelques moyens utiles, pour seconder, favoriser l'action nécessairement lente du régime et de la vie tout entière. En face de la richesse thérapeutique que le médecin de Laon étale aux yeux

quelque peu étonnés des lecteurs qui ont entendu la voix des choses, qu'on se rappelle surtout ce principe : car hors de là, il n'y a point de salut pour les dyspeptiques. Quoi qu'il en soit à cet égard, notre auteur, qui paraît avoir vu un nombre considérable de dyspeptiques dans sa pratique, s'appuie surtout de l'autorité de son expérience personnelle, pour établir les bases de la thérapeutique variée qui doit, avec le régime, concourir à ramener à l'état normal les fonctions soit de l'estomac, soit de l'intestin, altérées dans le sens de la maladie dont il trace l'intéressante monographie. Tout le monde sait ces choses, mais ce que tout le monde ne sait pas, c'est l'opportunité de telle ou telle médication, ou même de tel ou tel agent médicamenteux dans les formes diverses qu'affecte la dyspepsie soit gastrique, soit intestinale. Il y a là partout d'utiles renseignements à recueillir; non certes que nous croyions absolument et sur parole à l'efficacité de tous les moyens qu'on y préconise : le temps n'est pas venu encore, quelque large que soit l'expérience du médecin de Laon sur ces questions délicates, où l'on peut affirmer rigoureusement la puissance curative de tant de médicaments. M. Guipon, obéissant aux exigences logiques de la science moderne, a consacré toute une partie de son livre à l'exposition détaillée d'observations où il met en œuvre les données théoriques qu'il a antérieurement développées ; mais qu'est-ce que quelques centaines d'observations pour déterminer rigoureusement la valeur thérapeutique d'une foule de moyens divers s'appliquant à une maladie si variable en ses formes, si distincte en ses origines, et surtout à une maladie sur laquelle l'hygiène physique et l'hygiène morale exercent une si prodigieuse influence?

En parlant ainsi, nous voulons dire que nous craignons que le savant médecin de Laon, fasciné par l'importance du sujet qu'il a traité de manière à mériter les suffrages de l'Académie de médecine, n'ait un peu vu les choses à travers le verre grossissant d'un enthousiasme que nous voudrions un peu refroidir, pour que, dans une nouvelle édition de son livre, que nous appelons de tous nos vœux, il s'applique à atténuer quelques exagérations. Ecoutez ceci, par exemple : « De deux choses l'une ; ou vous digérez bien, et alors vous ne pouvez plus penser ; ou vous êtes maître de vos facultés, pendant la préparation des matériaux de la nutrition, et alors vous digérez mal. » Ne sommes-nous pas ici dans le monde de l'hyperbole ? Pour moi, jamais je n'admettrai ce dilemme; il n'y a pas entre mon estomac et ma tête cet antagonisme : quand je digère bien, je n'en pense pas moins juste ; je le confesserai même, je

n'en pense que plus juste, et la vérité même, dans l'ordre des choses où je puis l'atteindre, m'apparaît sous un jour plus lumineux. Ainsi en est-il dans ce moment même où je laisse courir ma plume pour rendre compte d'un livre qui, bien qu'il ne résolve pas, tant s'en faut, toutes les questions qu'il pose, contribuera, au moins, pour sa part, à en préparer la solution. A entendre le médecin de Laon, le penseur serait une pythonisse sur son trépied ; c'est là de la mythologie pure : ce qui est de la réalité, c'est que pour quelques-uns qui peuvent voir leur estomac se détraquer sous l'influence des excès de la pensée, il y en a mille, dix mille qui deviennent dyspeptiques beaucoup plus prosaïquement. Ne l'oublions jamais : il y a bien plus de prose que de poésie à la racine étiologique des maladies sous le joug desquelles se courbe notre pauvre humanité.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Insomnie et agitation nocturne chez une jeune fille atteinte de phthisie pulmonaire tuberculeuse au troisième degré ; — impuissance du sirop diacode et de l'extrait thébaïque simultanément employés ; — bons effets de la narcéine. — Bien que d'apparition nouvelle et toute récente dans le champ de la thérapeutique, la narcéine est déjà connue de nos lecteurs : nous avons consacré plusieurs articles à son étude, qui, néanmoins, est loin d'être complète. Les conditions d'une étude semblable sont, en effet, des plus complexes ; et si, grâce à l'expérimentation physiologique, il est permis de ne pas marcher en aveugle dans la voie des indications, il n'en faut pas moins, pour résoudre le problème thérapeutique qui touche à ce médicament, le transporter, en quelque sorte, sur le terrain de l'humaine nature. C'est ce que nous avons déjà fait en partie en étudiant son action dans les deux sexes. Mais cette étude n'a porté que sur l'âge adulte ; nous avons dû l'étendre au jeune âge, et c'est pour donner un premier aperçu des résultats obtenus dans ces circonstances que nous consignons ci-après le fait suivant, observé dans les conditions morbides les plus simples possibles, eu égard au symptôme que nous avions surtout à combattre, l'insomnie.

Il s'agit d'une jeune fille de dix ans, L*** (Flora), couchée au n° 3, de la salle Sainte-Geneviève (service de M. H. Roger, suppléé par M. Bouchut). Les signes d'une phthisie pulmonaire au troisième degré existent d'une manière incontestable chez cette petite

malade : le poumon gauche est particulièrement atteint, et il est facile d'y constater la présence de cavernes à son sommet. Parmi les phénomènes symptomatiques qui accompagnent cet état morbide, se fait remarquer surtout une *insomnie opiniâtre* : les nuits sont presque toujours agitées par des rêves bruyants et loquaces ; la toux est opiniâtre et souvent suivie de vomissements.

L'administration journalière de 10 grammes de sirop diacode, plus, d'une pilule d'extrait thébaïque de 2 centigrammes, avait été complétement impuissante à modifier et atténuer cet état d'agitation nocturne (ce traitement fut continué depuis le 1er septembre, époque de l'entrée de la malade, jusqu'au 13 du même mois).

Le 14 septembre, le traitement qui précède fut supprimé, et on lui substitua l'administration du sirop de narcéine (0,25 centigrammes pour 500 grammes de sirop de sucre), à la dose d'une cuillerée à bouche par jour, soit 20 grammes, ce qui fait 1 *centigramme* de principe actif. L'insomnie et l'agitation persistent encore pendant trois jours.

Le 17 septembre (quatrième jour), elles ont beaucoup diminué.

Le 20, il n'y a plus de subdelirium loquace ; le sommeil est paisible et calme, et dure la plus grande partie de la nuit. Cette amélioration remarquable persiste et se maintient les jours suivants.

Jusqu'au 22 septembre, le sirop de narcéine avait été donné dans la journée, et cependant, les vomissements provoqués par la toux, à la suite des repas, n'avaient point complétement cessé.

A partir de cette époque (22 septembre), le sirop fut administré le soir même : la nuit a continué à être calme.

Les bons effets de la narcéine sont, dans ce cas, d'autant plus incontestables, que l'emploi préalable et simultané du sirop diacode et de l'extrait thébaïque fournissent un terme de comparaison à l'avantage de la première. Il ne faudrait pas néanmoins trop se hâter de tirer de ce fait, relativement à l'action de la narcéine, une conclusion absolue ; nous montrerons bientôt combien elle serait prématurée, puisque nous possédons d'autres cas dans lesquels, malgré l'identité de l'affection et des circonstances symptomatiques, la narcéine s'est montrée impuissante et inférieure à la morphine, par exemple ; ce qui nous a paru s'expliquer par des conditions différentes d'individualité ou de constitution des malades : nouvelle preuve de la complexité du problème à résoudre.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas indifférent d'avoir constaté que la propriété essentielle de la narcéine, propriété hypnotique et cal-

mante, se manifeste chez les enfants comme chez les adultes, et dans des conditions morbides identiques. Il importe aussi de noter que son administration n'a provoqué, dans le cas qui précède, aucun accident, et qu'en particulier il n'a point donné lieu à des vomissements, tandis que ceux-ci se produisent presque constamment chez les femmes adultes, d'après les résultats obtenus par M. le professeur Béhier. Nous ne tarderons pas à revenir sur cette étude, poursuivie chez les enfants dans d'autres affections.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Paralysie traumatique des nerfs moteurs oculaires; emploi combiné de l'électro-magnétisme et de la strychnine; guérison. Malgré les difficultés d'interprétation étiologique qu'il soulève, le fait suivant mérite d'être relevé en raison du résultat pratique auquel il a donné lieu :

A la fin de février 1863, le nommé Jourdan, ayant reçu sur l'œil gauche un rude coup de fleuret démoucheté, tomba comme foudroyé et ne revint de son évanouissement qu'au bout d'un quart d'heure, mais sans pouvoir se servir de l'œil atteint. L'application de quelques sangsues dans le voisinage de l'orbite n'amena aucune amélioration. Le 20 mars suivant, M. le docteur A. Cade constatait les symptômes suivants : chute complète de la paupière supérieure gauche, qui ne peut être relevée par aucun effort volontaire; sourcil gauche dépassant de 1 centimètre le niveau de son congénère, entraîné qu'il est en haut par les contractions du muscle occipito-frontal; globe oculaire fixe et immobile dans son orbite comme celui d'une statue de marbre, tandis que l'œil droit jouit de tous ses mouvements normaux; pupille largement dilatée et ne se contractant nullement, pas même sous l'influence d'une transition brusque de l'obscurité à une éclatante lumière; vision confuse et nébuleuse, devenant plus nette par la perception de l'objet à travers le pertuis d'une carte perforée par une épingle; diplopie binoculaire, cessant soit par le fait de l'occlusion d'un œil, soit lorsque l'œil sain, fixant en face dans le sens de l'œil malade, parvient à reconstituer le parallélisme des axes visuels, que détruit le plus léger de ses mouvements; point de lésion organique des membranes profondes ni des milieux transparents, ainsi que permet de le constater l'examen ophthalmoscopique, d'où il suit que la légère confusion de la vision ne tient qu'à un défaut d'accommodation. Il s'agissait donc d'une paralysie des nerfs de la troisième, de la quatrième et de la sixième paires. Comment expliquer cette paralysie portant uniquement sur les filets nerveux moteurs par l'action traumatique d'un coup de fleuret? M. Cade suppose que la commotion cérébrale produite par la violence du coup s'est concentrée exclusivement sur la colonne antérieure de la moelle allongée d'où naissent les trois nerfs moteurs oculaires, tandis que la colonne postérieure donnant naissance au nerf de la cinquième paire aura été épargnée.

Quoi qu'il en soit de l'explication qui nous paraît un peu subtile, M. Cade procéda sans tarder à l'électrisation (il n'y avait aucun indice de lésion inflammatoire du globe oculaire); au bout d'un quart d'heure à peine, la paupière supérieure se relevait un peu, et la pupille se contractait légèrement. Les séances furent quotidiennement répétées avec l'extra-courant pendant huit jours, puis avec le courant induit pendant huit autres jours; pour compléter le traitement, on eut recours ensuite à l'application simultanée de la strychnine par la méthode endermique et du courant; la guérison était complète au bout de neuf séances semblables; elle avait donc été obtenue en vingt-cinq jours.

Ce résultat nous porte à croire que ce cas se fût également montré favorable à l'emploi de l'électro-puncture. (*Montpellier médical*, novembre 1864.)

Moyen simple de guérir instantanément la gale de l'homme. Sous le titre qui précède, M. le docteur Decaisne (médecin principal à Anvers) décrit un traitement de la gale, qui consiste à appliquer sur la peau de ceux qui en sont affectés une légère couche d'huile de pétrole. Une seule onction suffit ordinairement pour faire pénétrer l'huile dans les galeries cutanées creusées par le sarcopte, et pour tuer cet animal, sans produire la moindre éruption. Il suffit aussi d'étendre l'huile et d'en enduire simplement la peau, sans frotter ni frictionner : le sarcopte et sa larve sont instantanément détruits; c'est, du moins, ce que dit avoir constaté M. Decaisne; il s'est assuré également que les émanations de l'huile de pétrole détruisent les sarcoptes qui existent dans les vêtements, sans avoir l'inconvénient de salir le linge. Outre ce dernier avantage, l'huile de pétrole purifiée offre encore celui de la modicité du prix, qui la rendrait accessible aux classes nécessiteuses; le prix est de 60 à 80 centimes le litre, ce qui réduit à 3 ou 4 francs le traitement complet d'un galeux. Elle est, de plus, très-facile à employer, et dispense de frictions préalables au savon noir et du bain qui entrent dans le traitement de l'hôpital Saint-Louis.

Nous ne saurions dire si le nouveau moyen curatif de la gale proposé par M. Decaisne est appelé, comme le pense ce confrère, à changer à fond la médication ordinaire de cette maladie; mais qu'il nous soit permis de faire remarquer que, à supposer que son efficacité réelle égale celle de la médication instituée à l'hôpital Saint-Louis, il ne paraît pas s'éloigner beaucoup de celle-ci par le côté des inconvénients; l'huile de pétrole n'a-t-elle pas, en effet une odeur presque aussi désagréable que celle des préparations sulfureuses en usage dans ces circonstances ? Quant à la différence des prix, elle est, en vérité, insignifiante; en tout cas, elle n'est pas suffisante pour déterminer les personnes de la classe pauvre à se passer des bénéfices d'un traitement gratuit, rapide, réalisé par des mains exercées et d'une efficacité certaine, sans que le séjour de l'hôpital soit nécessaire. Enfin, si l'emploi de l'huile de pétrole supprime la friction savonneuse préalable, nous ne pensons pas qu'il mette à l'abri de la nécessité du bain consécutif, à moins que l'on ne se résigne à garder l'enduit huileux que toute la surface cutanée a dû subir. Nous ajouterons qu'il n'est peut-être pas indifférent de songer aux qualités inflammables de l'huile de pétrole et aux accidents qui en peuvent résulter. Quoi qu'il en soit, il était de notre devoir de signaler ce nouveau traitement de la gale à la pratique, à laquelle il est réservé d'en peser la valeur absolue et relative. (*Gazette méd*, janvier 1865.)

Traitement de la mentagre en une séance, par M. Diday. 1° Faire tomber les croûtes au moyen de cataplasmes de farine de lin maintenus sur la partie, qui, préalablement, a été couverte d'une couche d'axonge; 2° arracher, avec une pince à épiler, tous les poils; 3° prendre un bain de la partie, de demi-heure de durée, dans l'eau tiède; 4° immédiatement après ce bain, la partie ayant été essuyée, la bassiner, pendant *quatre heures* de suite, avec un linge mouillé d'une solution de bichlorure de mercure.

Si cette solution était trop concentrée, on opérerait une astriction de la couche superficielle du tégument, et les parasites ne seraient pas suffisamment atteints par la liqueur parasiticide. Il importe donc que la solution soit, pendant la première heure, employée assez faible, pour ne déterminer qu'une cuisson très-modérée, à peine sensible. On réalise ce fait, en faisant usage de deux solutions de sublimé : l'un au millième, qu'on emploie d'abord pur, l'autre au trentième, dont on se sert en ajoutant, goutte par goutte, dans la première, jusqu'à ce que, peu à peu, une cuisson assez sensible se prononce par le contact de ce liquide additionné. Mais, je le répète, et c'est là une importante condition pour le succès, il faut que, durant la première heure, le malade n'ait éprouvé presque aucune sensation par le contact du liquide qui le baigne. (*France médicale.*)

Emploi de l'huile essentielle d'anis comme correctif de l'odeur du sulfure de potassium. Parcourant, il y a quelques jours, un numéro du *Dublin medical Press* (7 décembre 1864), j'y remarquai un article emprunté à l'*American journal of medical scien-*

ces, dont le titre qui précède fait connaître le sujet. J'y vis que M. Ruschenberger, chirurgien de la marine des Etats-Unis, voulant prescrire à une dame le sulfure de potassium en lotions, avait cherché un moyen de neutraliser l'odeur très-désagréable de cette substance. Après plusieurs tentatives, ce qui lui avait le mieux réussi était l'addition d'une certaine quantité d'huile essentielle d'anis. Le passage suivant, extrait de l'article en question, fait connaître les proportions suivant lesquelles doit être faite cette association pour donner le résultat désiré.

« Environ une drachme fluide (3 millilitres 1/2) d'eau distillée d'anis, ayant été ajoutée à une solution de 10 grains de trisulfure de potassium dans une once d'eau, je vis que l'odeur perdait immédiatement son caractère et cessait d'être désagréable. Un effet semblable fut la conséquence de l'addition d'une seule goutte d'huile essentielle d'anis dans deux onces de la même solution. Je triturai ensuite une goutte de la même huile avec une drachme (environ 2 grammes) d'axonge, puis, j'y ajoutai 5 grains de trisulfure de potassium finement pulvérisé, et j'en formai une pommade : cette pommade se trouvait complétement exempte de mauvaise odeur. »

Bien que les préparations dans lesquelles entre le sulfure de potassium, à l'exception des bains, ne soient pas très-souvent employées maintenant, cependant, comme il est très-intéressant d'avoir un moyen d'ôter aux médicaments tout ce qui peut en rendre l'usage désagréable, je priai M. Am. Vée, en lui communiquant ce passage, de se livrer à quelques essais, dans le but de vérifier l'exactitude du fait annoncé par le médecin américain. Ces essais, répétés immédiatement avec beaucoup d'obligeance, ont donné des résultats satisfaisants. M. Vée a bien voulu me remettre une pommade préparée suivant les proportions énoncées ci-dessus, et en ce moment, bien que la préparation ait déjà plusieurs jours de date, il est certain que l'odeur spéciale du sulfure de potassium s'y trouve, sinon absolument neutralisée, du moins masquée jusqu'à un certain point par celle de l'anis, et sensiblement moins désagréable que si l'addition de l'huile essentielle de cette plante n'avait pas eu lieu. Peut-être, en augmentant la proportion de celle-ci, arriverait-on à un résultat plus complet. En tout cas, il paraît hors de doute que l'on peut tirer parti de l'indication signalée ici, pour rendre plus supportables les médicaments destinés soit à l'usage interne, soit à l'usage externe, dont la partie active doit être le sulfure de potassium.

Propriétés diurétiques de la graine de clématite. Les propriétés diurétiques de la clématite, dès longtemps reconnues et signalées, sont complétement négligées chez nous, comme le sont d'ailleurs celles de beaucoup de médicaments qui n'ont d'autre tort que de se trouver trop à notre portée. La clématite a été toutefois expérimentée par Cazin, qui n'employait pas les mêmes parties de la plante, et qui parle avec éloge des effets obtenus. Comme il n'est pas sans intérêt de rappeler les services que l'on peut tirer de notre matière médicale indigène, nous allons résumer des faits qui témoignent en faveur de cet agent, lequel, à ce qu'il paraît, est souvent employé dans les pays voisins et principalement en Hollande, où beaucoup de praticiens y ont recours dans le traitement de l'hydropisie. Les deux exemples que nous avons à rapporter sont des cas d'anasarque dépendant de la maladie de Bright.

Dans le premier, il s'agit d'un ouvrier de trente-huit ans, admis à l'hôpital de Baylère, dans le service du professeur Sauveur. Il présentait tous les symptômes de l'albuminurie chronique : albumine dans les urines en proportion considérable ; anasarque générale ; amblyopie ; commencement d'hypertrophie du ventricule gauche, sans lésion valvulaire, état qui, comme l'a fait voir M. Traube, est une conséquence de l'altération morbide des reins. On commença le traitement par l'administration de la digitale et de purgatifs ; et il y eut à la suite un peu de diminution de l'œdème ; mais il fallut renoncer à ces moyens, à cause d'une diarrhée intense qui survint et qui débilita considérablement le malade. Ce fut alors que M. Sauveur prescrivit la graine de clématite, en infusion ; les effets furent vraiment remarquables : une abondante diurèse s'établit, la quantité de l'albumine des urines diminua de jour en jour, et l'hydropisie no tarda pas à disparaître.

Un succès semblable suivit le même traitement dans un deuxième cas qui

se présente peu de temps après, chez un homme atteint de syphilis invétérée, et chez lequel la maladie de Bright paraissait avoir atteint sa période la plus avancée. L'épanchement séreux était considérable, et tous les moyens employés avaient complétement échoué. L'infusion de semences de clématite fit disparaître l'anasarque en un petit nombre de jours, à la suite d'un flux urinaire copieux, et quand le malade quitta l'hôpital, la proportion d'albumine, qui avait été excessive, se trouvait réduite d'une manière très-remarquable.

L'auteur n'a pas borné ses expériences cliniques aux seuls cas d'hydropisie liée à l'albuminurie; il dit avoir également essayé les semences de clématite dans d'autres épanchements séreux, dépendant d'autres affections des viscères abdominaux, et en avoir presque toujours retiré des résultats avantageux. (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liége*, et *Dublin Med. Press*, novembre 1864.)

Bons effets d'une injection anodine hypodermique dans un cas périnéphrite. Dans une très-intéressante leçon clinique sur les abcès périnéphriques, M. le professeur Trousseau a mis en lumière deux faits d'une grande importance, à savoir : d'une part, l'influence de l'effort sur la production de ces sortes d'abcès; d'autre part, l'action efficace des agents anodins comme moyen d'enrayer le travail inflammatoire en supprimant la douleur. *Ubi dolor, ibi fluxus*, est un aphorisme dont la justesse, dès longtemps consacrée par l'expérience, est démontrée une fois de plus par le fait suivant, que rapporte notre éminent clinicien.

Le fils d'un de nos peintres les plus célèbres, jeune homme de vingt ans, ressentit une vive douleur dans la région des lombes, au moment où il faisait de violents efforts pour amener sur la berge une petite embarcation de rivière. La douleur diminua d'abord; mais, après quelques jours, elle devint si aiguë, que le jeune homme dut prendre le lit; les médecins et chirurgiens consultants appelés près du malade furent unanimes pour reconnaître qu'il existait une périnéphrite, qui très-probablement se terminerait par suppuration.

Or, telle n'a pas été, dans ce cas particulier, la terminaison de la maladie; il a suffi, pour faire disparaître tous les symptômes, de calmer l'élément douleur, qui, chez ce malade, était le phénomène morbide prédominant. Le patient jetait des cris aigus, tant la souffrance était vive; quelques gouttes de la solution de sulfate neutre d'atropine, injectées dans le tissu cellulaire de la région lombaire par M. le docteur Bonin (de Poissy), médecin ordinaire de la famille, maîtrisèrent la douleur, et le malade guérit.

Est-ce à dire qu'il y ait eu, dans ce cas, erreur de diagnostic et qu'il n'y ait jamais eu de périnéphrite? Telle n'est pas l'opinion de M. Trousseau : il pense que les chirurgiens qui avaient été appelés, habitués qu'ils sont à reconnaître semblable affection, n'avaient pu commettre d'erreur; le début, la marche et les circonstances étiologiques avaient eu des caractères trop tranchés pour que le doute soit permis à ce sujet. Mais l'élément douleur ayant été supprimé, tous les autres symptômes ont cédé et la marche inflammatoire de l'affection fut enrayée, comme sont enrayés les phénomènes fluxionnaires qui accompagnent les névralgies sus-orbitaires, par exemple, lorsqu'à l'aide de moyens appropriés l'élément algique est éliminé. (*Union méd.*, janvier 1865.)

Remède contre l'eczéma. Tous les praticiens se sont trouvés à bout de ressources thérapeutiques vis-à-vis des eczémas chroniques de l'anus et du scrotum, avec fissures, épaississement et induration de la peau, prurit torturant, etc. Eh bien! ce sont justement ces cas, ceux qui ont résisté deux ou trois ans aux autres remèdes, que M. Meade déclare guérir en une ou deux semaines! Et, à l'appui de cette assertion, il invoque non-seulement sa propre expérience, mais encore celle de l'hôpital des maladies de la peau, à Londres, où cette pratique serait, dit-il, connue par des succès journaliers.

La médication est exclusivement interne. Il s'agit de faire prendre tous les jours au malade, dans une décoction de salsepareille ou de douce-amère, un seizième de grain de bichlorure de mercure et un huitième de grain de tartrate d'antimoine.

Dans le même numéro, M. Wilson conseille, pour ces mêmes cas, trois applications, à une semaine d'intervalle, d'un mélange à parties égales de potasse caustique et d'eau. Le remède est moins inoffensif, sans doute, mais nous croirions plus volontiers à

son efficacité. (*Brit. med. journ.*, décembre 1864.)

Cure de la diphthérie par l'inoculation de la matière diphthérique. Dans la trop courte note qu'il consacre à cet important sujet, le docteur Masotto dit seulement qu'il a pratiqué cette inoculation quinze fois dans un but curatif, dès l'invasion de l'angine, et vingt fois dans un but préventif, sur des sujets vivant dans un foyer d'épidémie diphthérique, et eu contact avec des individus atteints de cette maladie; que, dans la première série des inoculés, la maladie, qui avait commencé avant l'inoculation, se montra bénigne. (Il faut noter que, communément, avec l'inoculation, M. Masotto met en usage ses moyens habituels de traitement.) Que sur les vingt sujets inoculés en vue de prévenir la diphthérie, deux furent néanmoins attaqués, l'un vingt, l'autre vingt-deux jours après l'inoculation; mais que leur diphthérie fut peu grave, de courte durée, et guérit presque sans traitement. (*Gazetta medica delle provincie Venete*, et *Gazette médicale de Lyon*, numéro 24.)

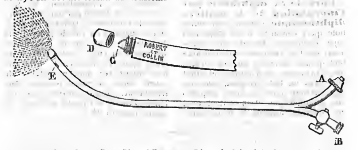
TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Emploi de l'opium après la kélotomie dans les hernies étranglées. Lorsque la kélotomie a été pratiquée dans le cas de hernie étranglée et que la réduction est opérée, tout n'est pas terminé pour le chirurgien; il lui reste à assurer autant que possible, par des soins consécutifs appropriés, le succès de l'opération. On est loin de s'entendre sur la conduite à tenir en pareille circonstance, ainsi qu'en témoigne une discussion récente de la Société de chirurgie : Faut-il recourir aux purgatifs? est-il mieux de leur préférer l'emploi de l'opium? Telles sont les deux principales questions qui se présentent. Il nous paraît probable que le défaut d'entente sur ce point tient surtout, ainsi que l'a fort bien dit M. Désormeaux, que l'on se préoccupe moins de préciser les diverses indications que d'établir (ce qui est souvent dangereux en thérapeutique) une règle de conduite générale et absolue. Tel est aussi l'avis de M. Verneuil, qui s'est appliqué à déterminer sommairement quelques-unes de ces indications relativement à l'emploi de l'opium : il le donnerait lorsque l'intestin a assez souffert au niveau de la constriction, pour qu'on redoute une perforation consécutive; il le réserverait surtout pour les cas où la rapidité et l'intensité des accidents d'étranglement ont plongé le malade dans un état d'éréthisme qu'il faut, avant tout, calmer; le fait suivant, rapporté par M. Verneuil, vient à l'appui de ce dernier précepte :

Une dame de la province, d'une quarantaine d'années, portait une hernie crurale droite, laquelle, très-irrégulièrement maintenue par un bandage, s'était étranglée tout à coup; les symptômes avaient en quelques heures atteint une telle gravité, qu'on eût dit que l'étranglement datait de plusieurs jours. Le taxis avait été tenté inutilement une demi-heure après l'accident, et le lendemain, à son arrivée auprès de la malade, M. Verneuil crut devoir opérer immédiatement, sans essayer de nouveau le taxis. La tumeur n'était pas plus grosse qu'une petite noix, mais la constriction était telle, que rien ne pouvait être introduit entre le sac et l'anneau fibreux pour guider le bistouri; de là des difficultés sérieuses pour le débridement : l'opérateur dut faire pénétrer avec précaution le bistouri seul, dans l'ouverture, et le débridement fut fait, en dedans et en haut, en deux fois. A peine le sac fut-il ouvert, qu'on s'aperçut que le liquide intestinal sortait par une petite plaie située au niveau du siége de la constriction, soit que cette plaie fût le résultat d'une ulcération, laquelle se serait alors produite en quinze heures, soit qu'elle eût été faite par le bistouri. Quoi qu'il en soit, pressé de prendre un parti, M. Verneuil se décida à faire immédiatement la suture de l'intestin par le procédé Lambert; deux points de suture furent suffisants; l'intestin fut réduit, et l'anse lésée fut maintenue par le fil d'une des sutures accolée à l'anneau.

Après l'opération, comme il n'existait pas de ballonnement du ventre, M. Verneuil s'abstint de purgatifs; mais, voulant calmer l'éréthisme que quinze heures de souffrance avaient produit chez la malade, il eut re-

cours à l'opium ! Il en fut administré de 7 à 8 centigrammes dans les vingt-quatre heures ; la malade s'en trouva bien ; l'un des fils tomba au douzième jour, l'autre au vingt-neuvième. La guérison est aujourd'hui complète. (*Société de chirurgie*, janvier 1865.)



Pulvérisation des liquides dans la vessie. MM. Robert et Collin soumettent au jugement de l'Académie de médecine l'instrument qu'ils ont construit pour M. le docteur Foucher et dont il se sert depuis un an pour la pulvérisation des liquides dans la vessie, pour l'atonie et les catarrhes de la vessie.

L'instrument se compose d'une sonde à double courant ayant deux conduits à son extrémité manuelle, dont un B, muni d'un robinet, est disposé pour recevoir une poire en caoutchouc servant à insuffler de l'air dans la vessie.

L'autre conduit est muni d'un écrou A, pour fixer la sonde sur le pulvérisateur.

L'extrémité vésicale se termine par deux tubes capillaires C, conduisant deux jets qui, venant se briser l'un contre l'autre, produisent une pulvérisation qui s'épanouit, dès sa sortie, pour se distribuer sur toute la surface vésicale ; ces deux tubes sont protégés par un capuchon à ouverture D.

La pulvérisation par choc n'ayant pas réussi, faute d'énergie, pour projeter les liquides pulvérisés sur la muqueuse vésicale, après diverses expériences, M. Foucher a dû s'arrêter à ce dernier système.

Cette sonde peut se monter sur une seringue.

VARIÉTÉS.

Le chiffre de la mortalité des enfants nouveau-nés varie beaucoup, suivant les localités, et ces variations tiennent à des circonstances qu'il importe d'autant plus de connaître et de signaler, qu'il est souvent possible de les modifier.

On sait, d'après les recherches statistiques les plus récentes, que la mortalité des enfants en France est à peu près d'un sixième pour la première année. Les variations assez sensibles de la moyenne de certains départements autour de ce chiffre ne le modifient pas sensiblement d'une année à l'autre. C'est, en général, dans les départements industriels, c'est-à-dire au voisinage des grandes usines, que ce chiffre s'élève le plus haut ; mais c'est aussi dans ces mêmes localités qu'il est le plus facile de combattre efficacement les conditions de cette fâcheuse influence.

Voici un exemple très-frappant d'une cause d'augmentation considérable de la mortalité des enfants, qu'une simple mesure bien entendue a promptement fait cesser.

Dans le courant de l'année dernière, M. Jean Dolfus entretenait ses collègues de la Société industrielle de Mulhouse, de la nécessité de remédier dans cette ville à la grande mortalité des enfants en bas âge, mortalité vraiment effrayante dans la première année de la naissance, et dont la principale cause est le tra-

vail des femmes dans les ateliers et le besoin de retourner à ce travail immédiatement après les couches. Tandis que dans d'autres grands centres industriels la mortalité des enfants au-dessous d'un an n'atteint en moyenne que 20 à 22 pour 100 (elle n'a pas toujours atteint ce chiffre à Roubaix, et elle n'est que de 22 pour 100 à Manchester, où le climat est réputé beaucoup moins salubre), à Mulhouse elle dépassait toujours 30 pour 100 ; elle était de 33 pour 100 en 1863.

Frappé de cet état de choses, M. J. Dolfus a adopté, à dater du 1er novembre 1862, pour le grand établissement qu'il dirige, l'usage de payer aux femmes en couches leur salaire pendant six semaines pour leur permettre de rester chez elles et de donner à leurs enfants tous les soins nécessaires. Voici quels ont été les résultats de cette mesure :

Sur une population de 1,150 femmes employées dans sa maison, il y a eu, du 1er novembre 1862 au 1er novembre 1863, 108 naissances, dont 0 mort-nés, sur les 102 enfants restants, il n'en est mort que 25 dans la première année de leur naissance, un peu moins de 25 sur 100, et avant on arrivait à une moyenne de 36 à 38 ! Les secours donnés ont donc diminué la mortalité de 13 pour 100, et ont conservé la vie à 13 enfants sur les 102 qui sont nés.

Les résultats pour la seconde année seront les mêmes. Sur 91 enfants nés du 1er novembre 1863 jusqu'à ce jour, il n'en est mort que 20 ; et comme là mortalité dans les six derniers mois de la première année est insignifiante, il y a lieu d'espérer que le chiffre obtenu de 1862 à 1863 ne sera pas plus élevé.

Il n'est pas superflu qu'on sache que ce résultat important a été obtenu à peu de frais, car c'est là une initiative qui devra trouver de nombreux imitateurs parmi les chefs des grands établissements industriels. Pour la paye allouée aux femmes en couches et pour les soins donnés par un médecin et une sage-femme, il n'a été dépensé qu'une somme de 8,000 francs pour toute l'année, soit environ 7 francs par chacune des 1,150 femmes travaillant dans les ateliers.

M. Dolfus a pensé que si la moitié de cette somme était payée par le fabricant et l'autre par les ouvrières âgées de dix-huit à quarante-cinq ans, il n'y aurait plus qu'une dépense bien minime à faire pour sauver la vie à plus de 12 enfants sur 100. Il suffirait pour cela à chaque ouvrière de verser 15 centimes par quinzaine, la même somme étant donnée par le fabricant. Il a proposé, en conséquence, à ceux des fabricants de la contrée qui emploient le plus grand nombre d'ouvrières, de s'associer à sa maison, pour faire en commun ce qui a eu un si favorable résultat. Beaucoup de maisons ont déjà répondu à cet appel, et cette association est en ce moment en voie de se constituer.

Nous espérons, avec M. Dolfus, que, lorsqu'on connaîtra mieux encore le grand bienfait qui en résultera pour l'humanité, aucun industriel ne voudra rester en dehors d'une œuvre qui, dans la seule commune de Mulhouse, où les naissances d'enfants d'ouvriers atteignent aujourd'hui un chiffre qui dépasse 1,400, permettrait de diminuer bien certainement la mortalité de 100 à 150 enfants chaque année.

Nous ajouterons que nous sommes heureux d'avoir à signaler de pareils actes. (*Gazette des hôpitaux.*)

Le docteur Jouet, d'Isigny (Calvados), ancien chirurgien aux armées impériales, vient de succomber dans soixante-dixième année, aux suites d'une infection putride contractée dans l'exercice de sa profession.

Par arrêté ministériel en date du 21 décembre 1864, M. Gosselet, docteur ès sciences, est chargé provisoirement, pendant l'année classique 1864-1865, du cours de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Lille (emploi nouveau).

Par décret en date du 24 décembre 1864, M. Joliclerc, ancien médecin aide-major, démissionnaire, a été nommé à un emploi de médecin aide-major de 2e classe.

Par arrêté ministériel en date du 26 décembre 1864, M. Orillard, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Barilleau, décédé. — M. Guignard, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Barilleau, décédé. — M. Guérineau, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé professeur de pathologie externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Guignard, appelé à d'autres fonctions. — M. Robert, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Guérineau, appelé à d'autres fonctions.

Par arrêté ministériel en date du 29 décembre 1864, ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique : MM. Tardieu, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Claude Bernard, Gratiolet et Jamin, professeurs à la Faculté des sciences de Paris ; le docteur Chrétien, délégué cantonal de Thann.

Officiers d'académie : MM. Lutz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Caffe, membre de la commission d'hygiène ; Estevenet, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse ; Pihan-Dufeillay, professeur de pharmacie et toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes ; Dareste, chargé du cours d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Lille.

Par décret du 31 décembre 1864, M. Hugon, vétérinaire en premier, a été nommé à un emploi de vétérinaire principal.

Par décret en date du 14 janvier 1865, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, en récompense du dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie qui a récemment sévi à Lorient :

Au grade d'officier : M. Goin, chirurgien principal de la marine, chargé du service de santé de la division des équipages de la flotte à Lorient.

Au grade de chevalier : MM. Nielly, chirurgien de 2e classe de la marine, prévôt de l'hôpital maritime de Port-Louis ; Tiret, docteur en médecine, médecin en chef de l'hospice civil de Lorient.

Par décret du 18 janvier 1865, M. le docteur Wecker, médecin-oculiste de la maison impériale Eugène-Napoléon, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du rhumatisme noueux, dit, à tort, rhumatisme goutteux.

Par M. le professeur TROUSSEAU.

Lorsque la maladie est bien confirmée, c'est-à-dire lorsque, après plusieurs mois d'invasion, la fluxion s'est jetée, à plusieurs reprises, sur un grand nombre d'articulations, il est très-rare de voir la maladie rétrocéder. Au contraire, sa marche est en général progressive ; de nouvelles articulations sont envahies, et les déformations deviennent de plus en plus accusées. Les jointures sont ankylosées, et, si l'on cherche à leur imprimer des mouvements, la main perçoit de nombreux craquements, qui sont dus à la déchirure des parties fibreuses et au frottement des surfaces osseuses ou cartilagineuses érodées. Les mouvements imprimés aux articulations sont toujours très-douloureux, et, lorsque la chirurgie est intervenue pour rompre ces ankyloses, ces manœuvres ont toujours été sans aucun résultat avantageux.

Il nous faut remarquer cependant que, sous l'influence d'un traitement général, il arrive quelquefois, non-seulement que la maladie cesse de faire des progrès, mais encore que l'arthrite peut être modifiée de telle sorte, qu'à l'examen anatomique on ne constate plus que de faibles lésions articulaires.

Quoi qu'il en soit, lorsque les principales articulations des membres supérieurs et inférieurs ont été le siége de la maladie, il y a impossibilité presque absolue de se mouvoir, et les malades, désormais infirmes, sont condamnés à rester couchés ou ne peuvent être que posés dans des fauteuils.

Le rhumatisme noueux ne porte point seulement ses manifestations sur les jointures et les muscles ; dans le cours de la maladie, on a observé des douleurs sciatiques, de durée et d'intensité variables. De plus, il nous reste à étudier tout un ordre de lésions sur lesquelles l'attention a été appelée seulement dans ces dernières années. En général, avons-nous dit, le rhumatisme noueux n'a point d'action sur le cœur ; à la vérité, on n'observe guère, chez ces rhumatisants, de lésions valvulaires ; cependant l'auscultation a permis de constater quelquefois des bruits de souffle durs, râpeux, qui paraissaient avoir leur siége sur les valvules mitrale et aortique.

[1] Suite et fin, voir la dernière livraison, p. 58.

De plus, les autopsies ont démontré que le péricarde pouvait être le siége de lésions inflammatoires très-étendues. Dernièrement, M. Cornil lisait, à la Société de biologie [1], les observations de deux malades qui, dans les salles du docteur Charcot, à la Salpêtrière, présentèrent les signes de la péricardite aiguë; l'examen anatomique a fait voir que ces malades avaient succombé à cette complication ultime de la diathèse rhumatismale.

Déjà Landré-Beauvais et Pinel avaient constaté des complications du côté du poumon; leurs malades, observées aussi à la Salpêtrière, avaient succombé à cet état ataxo-adynamique, si fréquent dans les pneumonies des vieillards. Mais si ces complications pulmonaires pouvaient être considérées comme des maladies indépendantes de la diathèse rhumatismale, il nous semble qu'il ne peut plus en être de même des complications pleurétiques, surtout quand la pleurésie avec épanchement se montre en même temps que la péricardite, et que, comme cette dernière, elle réunit tous les caractères d'une phlegmasie aiguë.

Enfin, et c'est encore au mémoire de M. Cornil que nous empruntons ce renseignement clinique, souvent, dans les dernières années de la vie, les malades affectés de rhumatisme noueux deviennent albuminuriques. Il est vrai que souvent l'albuminurie n'est alors qu'un symptôme d'une phlegmasie chronique de la vessie, des bassinets et des reins; toutefois, dans quelques faits, il a été démontré par l'autopsie qu'il existait des altérations rénales caractéristiques de la maladie de Bright.

Désormais il faut donc rechercher avec soin chez les malades affectés du rhumatisme noueux s'il ne survient point quelques complications du côté du cœur, de la plèvre et des reins, complications qui pourraient être rapportées à la diathèse rhumatismale.

Il n'est point rare d'observer, dans le cas de rhumatisme articulaire aigu, des accidents cérébraux qui ont été décrits sous le nom générique de rhumatisme cérébral. Il est bien rare d'observer semblable complication dans le rhumatisme noueux; cependant je dois vous rappeler que M. le docteur Vidal a relaté dans sa thèse inaugurale l'observation d'un homme âgé de soixante-treize ans qui, après avoir offert pendant plusieurs années tous les symptômes du rhumatisme noueux, a succombé à des accidents encéphaliques.

Lorsqu'il ne survient point de complication, le rhumatisme noueux ne compromet point immédiatement la vie. Le malade qui

[1] *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie.*

le premier éveilla l'attention de Haygarth et lui suggéra son travail sur les *nodosités des jointures*, avait quatre-vingt-treize ans. Les dortoirs et l'infirmerie de la Salpêtrière sont en partie habités par de vieilles femmes qui, depuis plusieurs années, sont affectées du rhumatisme noueux. Ces dernières sont plutôt des infirmes que des malades, c'est-à-dire que le rhumatisme noueux a fait chez elles des lésions incurables, mais il n'est plus en action. Cependant l'immobilité à laquelle elles sont condamnées les met dans des conditions hygiéniques défavorables. Elles restent presque toujours couchées ou assises dans un fauteuil, l'appétit s'affaiblit, la nutrition se fait mal, et elles deviennent plus aptes à contracter les maladies de la vieillesse. Enfin, chez celles dont le rhumatisme chronique a été précédé d'attaques de rhumatisme subaigu, il n'est pas rare de voir apparaître de nouveau les douleurs articulaires avec fièvre; elles peuvent alors présenter les complications aiguës du côté du cœur.

Il est une autre altération organique qui termine la vie des malades affectés de rhumatisme noueux, c'est la phthisie pulmonaire. Ainsi a succombé notre malade, qui depuis plusieurs années souffrait à peine de son rhumatisme noueux et est mort après nous avoir présenté tous les signes d'une phthisie pulmonaire assez rapide dans sa marche. Déjà grand nombre d'observateurs ont constaté la tuberculisation pulmonaire chez ces rhumatisants. Je ne prétends point que la phthisie soit nécessairement une manifestation de la diathèse qui fait le rhumatisme noueux, bien qu'il existe une phthisie rhumatismale; mais je voulais appeler l'attention sur cette funeste complication, qui peut bien tenir en partie à l'immobilité et à l'état forcément sédentaire.

L'étude des lésions anatomiques articulaires a été faite avec grand soin. Les jointures malades présentent des traces nombreuses d'une inflammation chronique. Elles sont déformées, et la déformation, avons-nous dit, est due à des altérations du tissu osseux, du tissu synovial et du tissu cellulaire périarticulaire.

Les épiphyses articulaires sont épaissies, elles offrent une exagération dans leur forme primitive et, de plus, des productions nouvelles de tissu osseux, sous forme de stalactites. Le plus souvent ces productions ont pour siége la ligne d'insertion périphérique du cartilage. Dans l'intérieur de l'articulation, on constate quelquefois des soudures osseuses qui unissent les surfaces opposées.

Les cartilages présentent des altérations variées; ils sont amincis, érodés par place, ou bien ils présentent l'altération velvétique.

Cette dernière altération consiste en une dissociation des éléments du cartilage telle qu'il prend l'aspect d'un velours d'Utrecht ; puis la raréfaction de la substance cartilagineuse peut être assez grande pour que, par place, il existe de véritables ulcérations cartilagineuses au fond desquelles on aperçoit le tissu osseux.

Le plus souvent, en même temps que les épiphyses sont épaissies, leur tissu spongieux est très-raréfié ; il présente de larges mailles remplies de graisse, et le scalpel coupe facilement ce tissu raréfié. La synoviale est, de toutes les parties constituantes de l'articulation, celle qui présente les altérations les plus intéressantes, altérations qui témoignent d'un travail phlegmasique très-manifeste. Une injection vasculaire, quelquefois très-riche, occupe les franges de la synoviale, laquelle peut offrir des prolongements morbides qui vont d'une surface articulaire à l'autre. Ces prolongements sont l'origine des fibres celluleuses que l'on observe souvent dans les articulations, et, comme elles peuvent devenir le siége de productions cartilagineuses et calcaires, elles rendent compte de la présence des corps étrangers intra-articulaires que l'on rencontre parfois dans le rhumatisme noueux. Mais fait bien digne d'être remarqué, c'est que jamais on ne constate la présence du pus dans ces articulations, il est même rare d'y rencontrer de la synovie en excès. Aussi a-t-on désigné cette variété d'arthrite sous le nom d'arthrite sèche.

En décrivant la forme des nodosités articulaires, j'ai dit que toutes ces nodosités n'étaient point de nature osseuse et que les tissus mous avaient leur part dans ces déformations. L'examen anatomique démontre, en effet, que le tissu cellulaire qui double la synoviale peut quelquefois atteindre un développement considérable. Nous avons vu que, sous l'influence du traitement, ces déformations fibro-cellulaires pouvaient disparaître ; cependant l'hyperplasie aura été quelquefois si considérable, qu'il restera toujours une notable déformation. De plus, ces épaississements du tissu cellulaire, en contractant des adhérences avec les parties ambiantes, deviennent la cause d'ankyloses fibreuses, si bien que les ligaments étant détruits par le bistouri, l'articulation conserve sa position anomale.

Les ligaments articulaires sont ordinairement respectés par le travail phlegmasique, et jamais, dans leur épaisseur non plus que dans le tissu cellulaire péri-articulaire, on ne rencontre de productions d'urate de soude. Jamais, dans le rhumatisme noueux, il n'existe de tophus extraarticulaire, ni de dépôt d'acide urique dans la cavité des articulations.

Les muscles, avons-nous dit, sont quelquefois rétractés, et leurs tendons se présentent alors sous forme de cordes qui concourent à maintenir les articulations dans leurs positions anomales. L'immobilité à laquelle sont condamnés beaucoup de rhumatisants rend compte de la dégénérescence graisseuse que l'on observe quelquefois dans les faisceaux musculaires.

Telles sont les principales lésions qui existent dans le rhumatisme noueux ; il nous faut cependant remarquer que dans certains cas le rhumatisme noueux ne laisse guère d'altération caractéristiqne spéciale dans les articulations ; c'est-à-dire que la synoviale et les cartilages ne présentent plus les lésions que nous avons mentionnées. Il ne reste alors que des déformations articulaires acquises, des luxations incomplètes et des nodosités épiphysaires. Il est probable qu'alors il y a, depuis longtemps, silence de la diathèse et qu'une nutrition meilleure est venue réparer les altérations cartilagineuses et synoviales.

Je serai bref sur les autres lésions anatomiques du rhumatisme noueux ; toutefois, celles qui ont été constatées du côté du cœur et des reins me paraissent si importantes que, sans entrer dans de longs détails, je dois au moins les signaler. Déjà Garrod et Fuller, en appelant l'attention sur la forme aiguë du rhumatisme noueux, avaient signalé le point de transition entre le rhumatisme aigu et le rhumatisme d'emblée chronique : aussi tous les observateurs étaient-ils attentifs à rechercher les lésions que pourrait offrir le cœur dans le rhumatisme noueux. J'ai dit que le plus souvent, telle est la règle générale, le rhumatisme chronique dit noueux n'est point accompagné de troubles cardiaques ; cependant, lorsque chez des malades affectés depuis dix ou vingt ans de nodosités articulaires, on voit survenir des palpitations, des bruits de souffle durs, râpeux, des bruits de frottement péricardique, on est bien forcé de reconnaître que le cœur peut se prendre quelquefois. L'examen anatomique est venu prouver en effet que, dans ces rhumatismes de forme chronique, il pouvait exister des péricardites aiguës, avec dépôts fibrineux à la surface du péricarde, et des péricardites chroniques avec adhérences complètes de la membrane séreuse et du cœur. En traitant de la nature du rhumatisme noueux, nous utiliserons ces faits anatomiques qui relient d'une façon péremptoire la maladie noueuse à la diathèse rhumatismale.

L'examen anatomique des reins nous fournit encore des enseignements précieux, car, si, dans les cas où la néphrite albumineuse a été constatée, elle ne nous permet pas de la considérer comme

une conséquence fatale de la diathèse rhumatismale, elle nous autorise du moins à rejeter le rhumatisme noueux du cadre des maladies goutteuses, puisque jamais dans le rhumatisme noueux on n'a rencontré d'acide urique dans les reins.

Enfin, dans l'étude de la nature du rhumatisme noueux, nous tirerons aussi profit des lésions chroniques et aiguës rencontrées dans les plèvres en dehors de toute manifestation tuberculeuse.

Quelle est l'étiologie du rhumatisme noueux? La plupart des auteurs accordent une part étiologique importante au froid humide. Il est vrai que plusieurs malades ont habité longtemps des endroits humides; il est vrai que les pauvres, qui souvent sont exposés au froid, sont plus sujets que les riches au rhumatisme noueux; il est vrai enfin que, dans certaines contrées humides, on observe souvent le rhumatisme noueux presque à l'état endémique. Mais il faut reconnaître aussi qu'une disposition spéciale, individuelle, est nécessaire pour que le froid humide détermine le rhumatisme noueux. Les mauvaises conditions hygiéniques ont leur influence, elles affaiblissent l'organisme et le rendent plus impressionnable aux causes de maladie; de même les grandes fatigues corporelles, les hémorrhagies abondantes et les grossesses répétées. Dans une conférence clinique de M. Beau, publiée dernièrement dans la *Gazette des Hôpitaux*, les chagrins et les troubles gastriques ont une grande part dans la production du rhumatisme noueux; mais mon collègue dans les hôpitaux, qui lui aussi accorde dans cette maladie une grande part étiologique au froid humide, faisait remarquer avec beaucoup de raison qu'il faut s'attacher avec soin à retrouver la cause première qui a mis en évidence la disposition morbide individuelle. Il racontait qu'une dame vivant dans l'aisance, et dont l'appartement était exposé en plein midi, le consultait pour des douleurs articulaires avec déformation des jointures. L'action du froid humide paraissait faire défaut dans cette observation; mais en interrogeant la malade avec soin sur ses antécédents, il apprenait que dans sa jeunesse cette dame avait habité une contrée très-humide, et que vers l'âge de quinze à seize ans elle avait éprouvé les premières atteintes du rhumatisme noueux. Placée bientôt dans des conditions hygiéniques plus favorables, cette dame était restée trente ans sans éprouver de douleurs articulaires, mais sous l'influence de chagrins profonds survint la dyspepsie. Cette dame mangeait à peine, elle avait beaucoup maigri depuis quelques mois, et bientôt la maladie rhumatismale, qui était restée pour ainsi dire endormie pendant trente années, s'était réveillée.

Il n'est pas rare d'observer semblable temps d'arrêt dans les manifestations du rhumatisme noueux; aussi doit-on toujours rechercher avec soin si les malades, à une époque antérieure, n'ont point éprouvé une première atteinte de douleurs articulaires, dont souvent ils ont presque entièrement perdu le souvenir.

Le rhumatisme noueux, si rare chez l'homme, si fréquent au contraire chez la femme, puisqu'à la Salpêtrière, d'après les relevés de MM. Charcot et Vulpian, il fournit 1/15 à 1/20 de la population de cet asile; le rhumatisme noueux débute le plus souvent lors de l'établissement ou lors de la cessation de la menstruation, quelquefois pendant la grossesse. Garrod pense que les fonctions de l'appareil ovaro-utérin n'ont point une action spéciale sur la production du rhumatisme noueux, et que leur action n'a lieu qu'à titre de cause d'affaiblissement. Enfin je dois rappeler que la blennorrhagie, en se localisant sur une articulation, est quelquefois la cause d'appel et de généralisation du rhumatisme noueux. Garrod cite un exemple à l'appui de cette remarque, et moi-même en 1832, lorsque je suppléais M. le professeur Récamier à l'Hôtel-Dieu, j'ai recueilli l'observation d'un jeune groom dont la plupart des articulations avaient été envahies par le rhumatisme noueux à la suite d'une blennorrhagie.

Etudions maintenant la nature du rhumatisme noueux. Longtemps j'ai professé que le rhumatisme noueux n'était ni la goutte ni le rhumatisme. Pour prouver que la goutte n'était point en cause dans le rhumatisme noueux, il suffisait de faire remarquer que jamais les personnes qui en étaient affectées ne présentaient les conditions ni les symptômes des maladies goutteuses. En effet, le rhumatisme noueux affecte surtout les femmes, ce qui n'est point le fait de la goutte, qui s'observe presque exclusivement chez les hommes; de plus, la goutte se montre surtout chez les riches et chez les hommes qui, ayant abusé de toutes choses, *cessent subitement*, comme le fait remarquer Sydenham, de mener une vie très-active. Les conditions qui font le rhumatisme noueux sont tout autres, et cette maladie n'affecte guère que les gens affaiblis par quelque cause que ce soit. De plus, les déformations articulaires de la goutte sont extra-articulaires et caractérisées par des tophus d'urates de soude, en même temps que leurs urines sont souvent chargées d'acide urique. Or, nous avons cherché avec le plus grand soin, mais bien inutilement, les concrétions tophacées chez notre malade de la salle Sainte-Agnès; les nodosités, je le répète ici, qui étaient si considérables, étaient exclusivement consti-

tuées par la saillie des têtes articulaires, beaucoup moins tuméfiées qu'on aurait pu le croire à l'aspect extérieur des nodosités. Enfin, dans le rhumatisme noueux le sérum du sang ne contient point d'acide urique. Le rhumatisme noueux n'est donc point la goutte; cependant il peut arriver que, après la ménopause, la femme, qui prend alors quelquefois certains caractères extérieurs du mâle, présente les manifestations goutteuses. Ces remarques ont conservé encore aujourd'hui toute leur valeur, aussi le rhumatisme noueux ne saurait être confondu avec la goutte, trop de caractères morbides les séparent.

En est-il de même du rhumatisme, et les nodosités articulaires ne peuvent-elles être une conséquence de la diathèse rhumatismale? A une autre époque, je n'avais pas hésité à me prononcer pour la négative. En effet, il était généralement accepté, et moi-même j'avais reconnu que le rhumatisme noueux n'était point une affection fébrile, que jamais les malades ne présentaient de manifestations rhumatismales sur le cœur, sur la plèvre, ni de métastases sur le cerveau, sur l'estomac et l'intestin; et, pour moi, comme pour tous, le rhumatisme goutteux n'était ni la goutte ni le rhumatisme. Je n'étais pas plus disposé que Garrod et Fuller à en faire une maladie hybride dépendant de la goutte et du rhumatisme. De même encore que Garrod et Fuller, s'il ne m'était pas possible de dire ce qu'était le rhumatisme goutteux, je savais au moins ce qu'il n'était pas. L'expérience clinique m'avait de plus appris que « les circonstances dans lesquelles se montrait le rhumatisme goutteux, l'extrême ténacité de ses symptômes, l'altération particulière des jointures et la classe des remèdes qui combattaient cette maladie avec le plus de succès, tout semblait indiquer qu'elle était intimement liée à quelque altération constitutionnelle *particulière* [1]. »

Ces conclusions pourraient encore être soutenues; cependant la fièvre que l'on observe dans quelques cas de rhumatisme noueux, l'acuïté des douleurs et la généralisation de la maladie sur toutes les jointures de la main et du poignet; cette forme aiguë du début à laquelle on assiste quelquefois et qui se termine par la forme chronique; les manifestations aiguës qui ont lieu sur le cœur et la plèvre, dans le cours de la forme chronique, ne viennent-ils pas déposer en faveur de la thèse rhumatismale, laquelle, à différentes époques de la vie, se révèlerait par des altérations qui toujours ont pour siége le tissu fibro-séreux des articulations, du cœur et des

---

(1) *On rheumatism, rheumatic gout, and sciatica*, 3e édit., 1860, p. 345.

plèvres. De plus, on a noté quelquefois, lors des paroxysmes, des troubles cérébraux, des troubles du côté de l'estomac et de l'intestin, qui semblaient alterner avec les douleurs articulaires. Enfin, si l'on analyse les antécédents morbides, on retrouve quelquefois dans les ascendants des manifestations qui relèvent de la diathèse rhumatismale, et chez les malades eux-mêmes on constate des troubles morbides antérieurs qui se rapportent à un état diathésique, ainsi les migraines, les eczémas, les maladies d'yeux, les érysipèles à répétition qui, suivant quelques médecins, et suivant M. Bazin en particulier, peuvent être, dans bon nombre de cas, rattachés à la diathèse rhumatismale (1). De plus encore, les douleurs et les rétractions musculaires observées dans le rhumatisme noueux ne sont-elles pas le résultat de la cause morbide, rhumatisme, qui porte sur les muscles et les nerfs en même temps que sur les articulations son action pathogénique?

Je ne crois pas cependant qu'il soit permis aujourd'hui de poser des conclusions nettes et précises; mais j'ai voulu exposer les faits et les arguments qui semblent être appelés à modifier l'opinion de plusieurs cliniciens sur la nature du rhumatisme noueux.

La discussion dans laquelle je viens d'entrer me dispense d'insister longuement sur le diagnostic du rhumatisme noueux. Il n'est pas possible de confondre cette maladie avec la goutte; des caractères différentiels considérables existent, et ils sont déjà très-marqués lorsqu'on s'en tient à comparer entre elles les affections locales qui caractérisent les deux maladies. Les déformations articulaires du rhumatisme noueux ne ressemblent en rien à celles de la goutte. Dans le rhumatisme elles sont produites non plus par des concrétions tophacées, mais par la saillie des têtes osseuses, augmentées de volume, incrustées d'ostéophytes et formant des saillies irrégulières et anguleuses; elles sont dues en outre aux rétractions de certains muscles, à l'atrophie de leurs antagonistes. Les jointures, dont les surfaces ont perdu leurs rapports normaux, incomplétement luxées, deviennent immobiles dans la position vicieuse qu'elles ont prise, et si l'on peut espérer arrêter le progrès de ces ankyloses, on ne saurait réduire celles qui sont déjà faites. L'aspect des doigts renversés sur leur côté externe, rejetés en arrière, et présentant la forme de siliques de radis, ne ressemble pas à celui des doigts des goutteux.

---

(1) Mémoire de M. Cornil. (*Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, 1864.)

Dans le rhumatisme noueux, ce ne sont plus les extrémités inférieures, les pieds, qui sont, comme dans la goutte, les premiers affectés. Chez nos deux malades, si les genoux ont été frappés d'abord, les pieds ne l'ont été que bien après les mains. C'est par celles-ci que le mal débute le plus ordinairement. Tandis que dans la goutte toutes les jointures ne sont pas d'habitude également malades à la fois, dans le rhumatisme toutes se prennent successivement, et restent prises sans en excepter les articulations des vertèbres et celles des mâchoires.

Insidieux dans son début, le rhumatisme noueux s'annonce par des douleurs bien moins violentes qu'incessantes (on sait combien il en est autrement dans la goutte); une fois développé, il a une marche continue marquée par des exacerbations fréquentes.

A l'inverse de la goutte, il est beaucoup plus commun chez les femmes que chez les hommes. Comme le rhumatisme articulaire aigu, les causes occasionnelles, le froid, le froid humide surtout, ont la plus grande influence sur son développement. La part qui revient à l'hérédité est fort douteuse.

Enfin, un fait de grande valeur, c'est que dans le rhumatisme noueux nous ne retrouvons aucun des caractères de la diathèse urique qu'il faut bien se garder de confondre, ainsi qu'on l'a fait, avec la diathèse goutteuse.

Ce que j'ai dit de la ténacité des symptômes, des paroxysmes de la maladie, de sa marche progressive, des déformations articulaires et des contractures persistantes, prouve assez que la médecine est restée souvent impuissante à l'égard du rhumatisme noueux. Cependant l'hygiène et diverses médications pourront enrayer quelquefois la marche de la maladie, éloigner les paroxysmes et conjurer l'envahissement d'autres articulations. Un traitement général, profondément modificateur, peut seul atteindre ce but.

Il y a trente ans, lorsque je remplaçais M. le docteur Récamier à l'Hôtel-Dieu, il était entré dans son service un jeune garçon à l'observation duquel j'ai déjà fait allusion en traitant de l'étiologie du rhumatisme noueux. — Ce jeune garçon, à la suite d'une blennorrhagie, avait été pris de douleurs dans la plupart des articulations, et peu à peu les jointures des membres étaient devenues rigides et déformées. A cette époque, on était beaucoup plus disposé qu'aujourd'hui à croire que la blennorrhagie pouvait être l'origine de la syphilis; aussi, pensant devoir accorder une part étiologique à la vérole dans les altérations des jointures, je soumis le malade à un traitement antisyphilitique. — Des bains de sublimé furent pres-

crits trois fois par semaine et, à notre grande satisfaction, les douleurs articulaires devinrent moins aiguës, moins fréquentes, et disparurent complétement. Si bien que les jointures recouvrèrent la liberté de leurs mouvements et qu'il n'y eut plus de déformation appréciable. Il est vrai que chez ce jeune homme la maladie était au début et que les déformations avaient principalement pour siége les parties molles des articulations.

Je n'hésitai donc pas à prescrire les mêmes bains dans de nouveaux cas de rhumatisme, mais, je dois l'avouer, ce ne fut pas toujours avec le même succès. Quoi qu'il en soit, les bains de sublimé, même en dehors de toute diathèse syphilitique, m'ont rendu de très-grands services, et j'ai continué de les prescrire, sauf à en cesser l'emploi lorsqu'ils ne paraissent pas agir d'une façon satisfaisante. — Les préparations mercurielles, par leur action sur le système osseux, pourront même être administrées à l'intérieur, à la condition d'avoir recours en même temps à des médicaments stomachiques et avant tous autres à la poudre de quinquina. — Les préparations de colchique ont toujours eu des résultats fâcheux, parce que, devant être continuées longtemps, elles ne tardaient pas à déterminer des troubles de l'estomac et de l'intestin. Elles sont aujourd'hui complétement abandonnées dans le traitement du rhumatisme noueux.

Ayant remarqué que la plupart des eaux minérales qui agissent favorablement dans le rhumatisme contenaient une certaine quantité d'arsenic, M. Guéneau de Mussy, dans ces dernières années, a proposé de remplacer les bains de sublimé par des bains composés avec le sous-carbonate de soude et l'arséniate de soude. Ce mode de traitement a été, de la part de mon collègue dans les hôpitaux, le sujet d'un mémoire à l'Académie de médecine (1). Chez les malades dont le rhumatisme noueux est encore à l'état aigu, les bains composés de sous-carbonate de soude, à la dose de 100 grammes, et d'arséniate de soude, à la dose de 1 gramme, déterminent des effets d'excitation qui en contre-indiquent quelquefois l'emploi. — Dans ces cas, M. Guéneau de Mussy emploie l'arséniate de soude seul, à la dose de 1 à 3 grammes dans un bain simple ou dans un bain gélatineux. — Rarement les bains d'arséniate de soude ont déterminé des phénomènes légers d'intoxication, et cette médication peut être suivie pendant plusieurs mois, sans déterminer aucun accident sérieux.

(1) Voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXVII, p. 241.

Nous n'avons point négligé de recourir aux bains arsenicaux, et cependant il nous a fallu les cesser, parce qu'ils ne paraissaient point amener d'amélioration notable dans l'état des jointures.

Lorsque l'on prescrit l'arsenic à l'intérieur, il faut avoir les doses bien présentes à l'esprit et formuler de telle sorte qu'une erreur de la part des malades ne puisse jamais être une cause de mort. Je prescris, depuis longues années, 5 centigrammes d'arséniate de soude pour 120 grammes d'eau, je fais prendre matin et soir une cuillerée à café de cette mixture, et n'élève les doses que le jour où je suis certain de la tolérance de l'estomac. Sous forme pilulaire, j'ordonne l'acide arsénieux à la dose de 2 milligrammes par pilule, et les malades pourront en prendre quatre, cinq et six par jour. Ces médicaments doivent être pris au moment des repas, c'est le moyen d'en assurer l'absorption plus rapide et de ne point irriter l'estomac.

Il n'est point contre le rhumatisme noueux de médicament spécifique. Chaque malade réclame presque un médicament spécial, et cela tient probablement à ce que le rhumatisme noueux dans ses manifestations est intimement lié à un état diathésique individuel, lequel état individuel réclamera, soit les préparations mercurielles, soit les préparations arsénicales, soit seulement les toniques, empruntés au régime alimentaire ou à la pharmaceutique.

Cependant il est un médicament qui, bien qu'il ne puisse non plus être considéré comme un spécifique, paraît agir avec plus de constance qu'aucun autre sur les nodosités articulaires; je veux parler de l'iode.

Mon ami et savant collègue dans les hôpitaux, M. Lasègue, alors qu'il était mon chef de clinique, en 1852, eut l'idée d'employer l'iode. « Il avait, disait-il, obtenu de ce médicament des effets avantageux dans des formes moins rebelles de gonflements osseux réputés de nature rhumatismale. »

Pour M. Lasègue, le rhumatisme noueux n'était donc qu'une espèce dans le genre rhumatisme, et l'iode fut donné avec un succès complet à un malade qui était affecté de rhumatisme noueux. « Cet homme, couché au n° 11 de la salle Sainte-Agnès, avait toutes les articulations des pieds et des mains déformées, les poignets, les coudes, les épaules étaient atteints dans une moindre proportion; les genoux étaient gonflés et douloureux, les articulations des vertèbres cervicales n'avaient même pas été épargnées. Le malade était dans l'impossibilité presque absolue de quitter son lit. Il fut soumis pour tout traitement à l'administration de la teinture

d'iode; plus tard on ajouta, à titre de calmant et de résolvant auxiliaire, les cataplasmes secs de sable chaud. Au bout de quelques semaines, l'affection fut enrayée dans son progrès; après un mois, quelques jointures étaient redevenues mobiles; le progrès fut lent et constant, et, à la suite de quatre mois de traitement par l'iode, le malade était en état de solliciter une place d'infirmier dans l'hôpital et d'en remplir les pénibles fonctions. »

Cette citation, que j'emprunte au mémoire que M. Lasègue a publié sur ce sujet [1], ne doit laisser aucun doute sur la valeur thérapeutique de l'iode dans le cas de rhumatisme noueux. — Ajoutez que depuis 1852 M. Lasègue et moi-même avons souvent eu recours au même médicament et avec des avantages marqués pour les malades.

La malade couchée au n° 3 de la salle Saint-Bernard est un nouvel exemple de guérison à ajouter à ceux déjà relatés. Il faut donc avoir recours à la teinture d'iode. Mais pour que le médicament ait chance d'agir, il faut savoir le manier et se souvenir que toute maladie chronique exige un traitement de longue durée. — Chaque jour, au repas du matin et du soir, je commence par prescrire 10 gouttes de teinture d'iode dans un peu d'eau sucrée ou dans du vin d'Espagne, comme le conseille M. Lasègue. L'on peut alors progressivement en augmenter la dose jusqu'à 1, 2, 3, 4, 5 et 6 grammes par jour, sans aucun inconvénient pour l'estomac, et, qui plus est, la digestion stomacale se fera avec une activité remarquable. Comment agit la teinture d'iode sur le rhumatisme noueux? nous ne pouvons croire qu'elle ait une action spécifique, puisqu'elle ne réussit point également chez tous les malades; aussi sommes-nous disposé à penser que son action est complexe, c'est-à-dire qu'elle agit sur la nutrition générale en facilitant la digestion stomacale et qu'elle exerce peut-être ainsi une action indirecte, chez certains malades, sur les engorgements articulaires.

Nous avons donc à notre disposition un certain nombre de médicaments, modificateurs généraux de l'organisme, qui pourront rendre de grands services dans le rhumatisme noueux; mais de plus, pour faciliter la résolution de la fluxion inflammatoire articulaire et calmer les douleurs stomacales, il est bon d'employer les bains ou les douches de sable chaud. C'est là un moyen résolutif et calmant d'une puissance considérable, à la condition de savoir en ordonner l'emploi. Il faut plonger les parties affectées dans du

(1) *Archives générales de médecine*, août 1856.

sable chaud ou laisser tomber sur elles du sable à une aussi haute température que possible. Les malades accusent alors une sensation de brûlure très-pénible; cependant vous pourrez toujours mesurer, à l'aide du thermomètre, le degré de chaleur toléré par chaque malade. Cette température peut être de 60 à 70 degrés centigrades. — Les douches ou les bains locaux de sable chaud doivent être employés deux à trois fois par jour et pendant une ou deux heures. Il est important que le sable soit maintenu au même degré de température, condition facile à obtenir, parce que le sable ne se refroidit que lentement et qu'il est toujours facile de le remplacer, lorsqu'il commence à se refroidir. En se conformant à cette règle dans l'usage du sable chaud, les malades éprouvent bientôt un soulagement notable, et il est facile de constater une diminution rapide dans les engorgements articulaires.

Quelques remarques sur les injections narcotiques sous-cutanées.

Depuis que M. Béhier a vulgarisé en France les injections hypodermiques, cette méthode est entrée dans la pratique usuelle. Il est peu de médecins, et nous sommes du nombre, à qui les injections sous-cutanées ne rendent journellement des services signalés. D'un emploi simple et facile, en même temps d'une grande précision, exempte de tout danger, cette méthode est destinée, suivant l'expression de M. Cl. Bernard, à primer les autres modes d'administration de tous les médicaments énergiques soumis à l'absorption; aussi avons-nous cru utile pour nos lecteurs de leur communiquer d'intéressantes recherches sur ce sujet, qui se trouvent consignées dans la thèse d'un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. Piedvache.

Dans les expériences de M. Béhier, les sels d'atropine ont été presque exclusivement employés; or, ce médicament si précieux n'est pas sans présenter quelques inconvénients. Si chez certains malades il produit un soulagement instantané, il en est d'autres chez lesquels il est sans résultat, et produit quelquefois, même à très-faible dose, des accidents extrêmement pénibles pour les sujets qui les éprouvent et très-inquiétants pour ceux qui les entourent. J'ai vu une injection d'un demi-centigramme de sulfate d'atropine amener un délire des plus intenses, qui s'est prolongé pendant toute une nuit sans aucun bénéfice pour le malade atteint de sciatique.

Aussi croyons-nous que dans beaucoup de cas il y a tout intérêt

à employer les préparations de morphine. Plusieurs médecins, à notre connaissance, ont presque complétement renoncé aux injections d'atropine pour ne se servir que des sels de morphine, et se louent fort de ce changement.

Des expériences de M. Béhier, dont les conclusions sont incontestables et ont été du reste parfaitement vérifiées, il résulte que l'atropine n'exerce sur les douleurs qu'une action locale; les injections pratiquées sur un point éloigné du foyer douloureux n'ont jamais produit de bons résultats, et à ce propos, nous citerons une observation très-curieuse de M. Courty, de Montpellier, qui, traitant des douleurs névralgiques mobiles par des injections successives, ne les voyait jamais reparaître qu'en un point éloigné du siége de la dernière injection; de sorte que par son absorption seule, l'atropine est impuissante à modifier profondément la douleur, et qu'on est obligé d'avoir recours à d'autres narcotiques en beaucoup de circonstances où on ne peut atteindre avec la canule le foyer douloureux.

Or il n'en est pas de même de l'alcaloïde de l'opium. Le chlorhydrate de morphine, c'est le sel le plus communément employé en solution aqueuse ou alcoolique, inséré dans le tissu cellulaire, produit une action sûre et pour ainsi dire instantanée et agit surtout par absorption, ce qui le rend très-efficace dans les douleurs profondes ou inaccessibles. M. Piedvache en donne la preuve suivante : dans une névralgie lombo-abdominale, la même dose de sel de morphine injectée à la cuisse, sur la paroi du ventre ou au bras, a produit constamment le même effet, et l'expérience a été répétée à diverses reprises. J'ai observé de mon côté des résultats tout à fait semblables. Chez une malade sujette à des migraines très-intenses, irrégulièrement périodiques, je réussis presque toujours à faire disparaître les douleurs, après quelques heures de sommeil provoqué par une injection sous-cutanée de 2 à 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine, suivant l'acuïté des symptômes, et cela quel que soit le point où le liquide a été introduit, que ce soit à la partie supérieure du bras, au poignet, au genou ou même à la jambe.

En général, la tolérance est complète : un peu de sécheresse de la bouche, un peu de serrement des tempes, des sueurs et rarement des vomissements, tels sont les seuls accidents qui ont été signalés. Cependant ici doit prendre place une recommandation d'un intérêt tout pratique : on sait, et les travaux de M. Cl. Bernard l'ont nettement prouvé, que le sommeil de la morphine se

distingue par une grande excitabilité; aussi est-il utile, une fois les malades soumis à l'action du médicament, de les entourer du plus grand calme; j'ai vu à plusieurs reprises un réveil inopportun empêcher les bons effets habituels de l'injection.

Il est un autre point fort important sur lequel je dois insister. Les injections morphinées peuvent être employées d'une manière continue pendant longtemps et, chose remarquable, le même effet se produit constamment avec la même dose, sans qu'il soit nécessaire d'augmenter graduellement et méthodiquement la quantité injectée. Je suis heureux de pouvoir, pour mon compte, affirmer la véracité de cette assertion consignée dans la thèse de M. Piedvache, et il me semble que ce résultat des injections hypodermiques est un grand progrès thérapeutique pour l'administration des opiacés. Un des plus graves reproches que l'on pouvait adresser avec juste raison à l'opium était que l'économie s'habituait à ce médicament, et qu'il fallait promptement administrer les doses à tel point qu'on a vu des malades arriver par l'accoutumance à prendre par vingt-quatre heures 15 grammes d'extrait gommeux d'opium, 4 grammes de sulfate de morphine [1]. Si les résultats énoncés plus haut se confirment, qui ne voit que cet inconvénient disparaît? L'observation suivante, recueillie dans le service de M. Bourdon, est intéressante à plus d'un titre. Une femme de cinquante-cinq ans souffrait depuis plusieurs mois de douleurs atroces déterminées par un corps fibreux de l'utérus. Les préparations opiacées données par la bouche furent mal supportées par l'estomac et ne purent être continuées. Deux injections d'atropine n'amenèrent qu'un soulagement peu marqué au prix de troubles de la vue et de sécheresse de la gorge avec impossibilité complète d'avaler. Alors on eut recours au chlorhydrate de morphine, qui produisit d'emblée une nuit excellente, avec sommeil et absence complète de douleurs. Dès lors pendant trois mois, une, puis deux injections par jour de 3 centigrammes du sel de morphine suffirent à calmer la malade pour une période comprise entre vingt heures au moins et vingt-quatre heures au plus, et pendant ce laps de temps, l'appétit se soutint parfaitement.

Tous les sujets, et surtout ceux qui sont affaiblis par des maladies chroniques, ne supportent pas également bien la morphine; aussi, dans ces cas, on peut y suppléer avantageusement pour l'usage hypodermique, par la codéine, dont tous les observateurs

---

(1) *Clinique de M. Trousseau*, t. II, p. 108.

ont vanté l'efficacité et le peu d'inconvénients. M. Cl. Bernard nous enseigne qu'elle est très-toxique, mais elle ne saurait l'être aux doses où on a besoin de l'employer comme narcotique. Elle est moins active que la morphine, aussi faut-il l'employer à dose double.

Voici le procédé dont s'est servi M. Piedvache dans ses expériences : la seringue était celle de Pravaz, modifiée par Lüer, beaucoup plus commode que l'ancienne à cause de la simplification qu'elle amène dans l'opération ; car la canule étant piquante, la ponction et l'injection se font presque d'un seul coup, et la sensation de piqûre n'est guère douloureuse.

La solution de chlorhydrate de morphine était au vingtième.

L'instrument employé contenait, sans compter la capacité de la canule qui reste toujours remplie, 1gr,250 d'eau distillée.

Chacune des 43 divisions en renferme 0gr,029, correspondant à 0gr,00145 de substance active dissoute dans 20 parties d'eau.

Par conséquent 10 divisions	font	0gr,0,146	—	1 cent. 1/2	
— 20	—	0 ,0,292	—	3	—
— 25	—	0 ,03,645, plus de 3	—	1/2	
La seringue entière............		0 ,0,625, plus de 6	—	1/2	

Pour mon compte, j'ai adopté une solution aussi concentrée que j'ai pu l'obtenir, afin d'injecter le moins de liquide possible. Elle est ainsi composée : chlorhydrate de morphine, 20 centigrammes pour 4 grammes d'eau ; de sorte que chaque goutte de la solution contient un quart de centigramme de la substance active, et comme, avec l'instrument dont je me sers, chaque tour de piston injecte dans le tissu cellulaire une goutte de liquide, j'arrive à peu près exactement à savoir, rien que par le nombre des gouttes, la quantité de sel de morphine introduite.

Bien que dans cette note j'aie surtout insisté sur la morphine, parce que son emploi en injections sous-cutanées a été assez négligé en France, il n'en faut pas conclure que je veuille prescrire l'usage de l'atropine. Loin de là. De récentes recherches, en nous révélant l'antagonisme de ces deux antidotes, nous ont donné une indication précieuse au point de vue thérapeutique. Là où le premier médicament a échoué, le second a quelque chance de réussir, et le travail que nous venons d'analyser en renferme quelques exemples.

F. Bricheteau.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la cataracte chez les enfants.

Par M. P. GUERSANT, chirurgien honoraire des hôpitaux.

La cataracte, chez les enfants, consiste, comme chez les adultes, dans l'opacité du cristallin.

Il y en a de deux genres : la cataracte congéniale, la cataracte accidentelle.

La *cataracte congéniale* s'observe à la naissance, elle est quelquefois héréditaire, mais le plus souvent n'a pas de cause connue ; quelquefois elle est très-complète, lorsque l'enfant vient au monde. Il arrive, cependant, qu'elle est pour ainsi dire au début pendant les premiers temps de vie et qu'elle ne devient bien appréciable qu'au bout de quelques mois et même de quelques années.

Nous avons constaté, chez des nouveau-nés, des cataractes bien formées : la cause serait-elle un arrêt de développement? serait-ce l'effet d'une inflammation intra-utérine?

Cette cataracte peut être membraneuse ou capsulaire, cristalline ou laiteuse. Quoi qu'il en soit de ces variétés, elle présente à la vue les caractères suivants : au centre de la pupille on remarque une partie blanche d'une teinte bleuâtre comme l'amidon préparé en colle pour empeser le linge ; tout le cristallin a la même teinte ; l'iris très-mobile présente son état normal ; la chambre antérieure a toute sa capacité, l'uvée qui circonscrit la pupille se dessine bien sur l'opacité bleuâtre.

Chez les individus qui viennent au monde avec une cataracte congéniale incomplète et qui arrivent à l'âge de raison, on apprend d'eux que la vue est fortement affaiblie, surtout le soir, mais jamais complétement éteinte et qu'ils distinguent le jour de la nuit.

On rencontre aussi chez les nouveau-nés des cataractes qui présentent seulement de l'opacité au centre du cristallin; c'est surtout dans ces cas que l'on constate chez les enfants du nystagmus et du strabisme, par cela même qu'ils voient un peu, non par le centre du cristallin, mais par la circonférence.

Les nouveau-nés ayant une cataracte, abandonnés à eux-mêmes, voient encore à l'âge de sept à huit ans, mais ils arrivent à cet âge n'ayant aucune notion des objets. Souvent l'œil a perdu de son volume et de sa force visuelle, il tend à s'atrophier ; aussi ne mettons-

nous jamais en question d'opérer tardivement les cataractes congéniales ; car plus on attend, plus on a à redouter la diminution de force dans la rétine, plus on a à craindre non-seulement que l'éducation de la vision se fasse lentement et imparfaitement, mais encore que l'intelligence qui doit en grande partie son développement à la faculté de voir et d'apprécier les objets, ne soit très-retardée.

Tous les enfants opérés très-tardivement mettent, non-seulement beaucoup de temps à apprendre à voir, mais encore voient toujours moins bien que ceux qui ont été opérés de bonne heure : aussi sommes-nous partisan de l'opération faite peu de temps après la naissance.

Pronostic. — L'enfant atteint de cataracte congéniale sera dans des conditions favorables, si son œil fait des mouvements pour chercher la lumière ; dans le cas contraire, le pronostic serait fâcheux. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas d'avantage à attendre, surtout si, pendant le mois qui suit la naissance, l'opacité persiste. C'est à cette époque d'un mois, six semaines, deux mois, que nous trouvons avantageux d'opérer les cataractes de cette espèce. A cet âge, l'enfant a passé l'époque des petites maladies des premiers temps de la naissance ; on a pu le vacciner, et de cette manière, il est dans des conditions convenables pour être soumis à l'opération, sans craindre autant les complications fâcheuses.

Préparation à l'opération. — Après avoir dilaté la pupille par une goutte d'un collyre à l'atropine, après avoir vidé le canal intestinal, soit à l'aide de lavements, soit à l'aide d'un léger purgatif (sirop de chicorée ou calomel), on peut procéder à l'opération de la manière suivante :

Manuel opératoire. — Nous couchons l'enfant sur un oreiller fixé solidement sur une planche ayant la longueur du petit malade ; nous l'attachons lui-même à l'aide de deux serviettes placées en cravate, l'une passant sur les bras et la poitrine, l'autre portant sur le bassin et les cuisses. On peut ainsi tenir l'enfant couché, comme Dupuytren le faisait, ou debout devant la lumière. Puis, la tête étant fixée par la main d'un aide, celui-ci maintient la paupière supérieure de l'autre main avec la pulpe du médius ou l'indicateur, ou bien avec un releveur de la paupière. L'opérateur, placé devant le malade, s'il opère l'enfant levé, ou bien placé à l'un des côtés, s'il l'opère couché, peut pratiquer l'opération par extraction ou par abaissement. Cette dernière méthode nous paraît préférable chez les enfants, car le plus souvent les cataractes sont molles ou laiteuses,

ou bien capsulaires, et, dans ces circonstances, l'abaissement est favorable et la résorption facile; de plus, le manuel opératoire est plus simple. Si l'enfant est âgé d'un an ou plus, on peut le chloroformer; on s'en abstient s'il n'a que quelques semaines.

L'opérateur, armé d'une aiguille plate, très-légèrement courbée, tenant la paupière inférieure abaissée avec la pulpe du médius de la main droite ou gauche, suivant l'œil sur lequel il opère, suit pour l'opération les différents temps indiqués pour la méthode par abaissement; après avoir essayé la dépression et l'abaissement du cristallin avec soin, il arrive que souvent la cataracte étant molle, ce dernier coule vers la partie inférieure de l'œil, sans qu'on soit obligé de faire d'abaissement; ou bien la cataracte étant molle et la membrane du cristallin opaque, il faut faire manœuvrer l'aiguille de haut en bas avec beaucoup de soin pour diviser la capsule; ou bien encore la cataracte ayant une résistance qui ne permet pas de l'abaisser, il faut la diviser, et, après avoir ainsi opéré, faire le broiement. Nous nous trouvons bien de faire passer des fragments du cristallin dans la chambre antérieure; ces portions sont facilement résorbées, et, après avoir quelquefois rempli la totalité de la chambre, on les voit se dissoudre plus ou moins rapidement, surtout si les fragments sont petits.

Après l'opération, nous appliquons sur l'œil une compresse imbibée d'eau fraîche, que nous maintenons légèrement et que nous renouvelons souvent sans ouvrir l'œil. Nous couchons l'enfant dans un lit à rideaux ou bien dans une chambre fermée à la lumière à l'aide de persiennes ou de rideaux épais. Nous continuons deux ou trois jours de suite l'application de l'eau froide. S'il y a des douleurs, de l'insomnie, nous donnons une cuillerée à café de sirop de codéine. Nous employons aussi une forte infusion de feuilles de laitue ou l'application de compresses imbibées dans un collyre composé comme il suit :

Eau distillée	30 grammes.
Sulfate de zinc	ãã 5 centigrammes.
Sulfate de morphine	

Si l'inflammation de l'œil existe avec beaucoup de douleur, nous ne craignons pas de faire appliquer une sangsue derrière l'oreille correspondante à l'œil opéré; nous étendons autour de l'œil la pommade avec l'onguent napolitain et l'extrait de belladone. Nous donnons le calomel comme purgatif et nous tenons constamment les deux jambes enveloppées d'une couche de ouate et recouvertes de taf-

fetas gommé. Lorsque l'œil va bien, nous diminuons graduellement l'application des compresses imbibées d'eau froide; nous diminuons aussi graduellement l'obscurité, et c'est seulement lorsqu'il n'y a plus de douleur et de sensibilité vive que nous laissons pénétrer le jour dans la chambre.

L'éducation de l'œil se fait ensuite d'une manière très-lente et nécessite de ne pas exercer l'œil à une trop vive lumière; par conséquent, ces enfants opérés doivent porter un abat-jour pendant un certain temps, ou bien un voile, ou bien des lunettes à verres teints en noir-fumée, s'ils sont assez âgés pour les porter.

Lorsqu'après un mois, six semaines, la résorption du cristallin n'est pas complète, on peut avec avantage introduire de nouveau, avec précaution, l'aiguille et essayer de compléter l'opération par une nouvelle manœuvre. On agirait de même si, après une première opération, il se formait une cataracte secondaire. Dans tous les cas, il ne faut agir une seconde fois que lorsqu'il n'existe plus de traces d'inflammation oculaire.

Cataracte accidentelle. — Cette affection se développe le plus souvent sans cause connue; quelquefois cependant on l'observe chez des enfants qui ont fixé le soleil, ou sont restés dans des terrains sablonneux très-éclairés par la vive lumière du soleil; chez eux, mêmes symptômes et même traitement que chez les adultes. Nous avons vu cette espèce de cataracte survenir chez des enfants débilités par des maladies chroniques longues; l'opération échoue dans ces circonstances.

Cataracte traumatique. — Cette espèce est assez souvent observée chez les enfants, à la suite de contusions de l'œil ou de blessures sur le globe oculaire. Elle ne se développe qu'après une inflammation plus ou moins intense, qu'il faut combattre avec persévérance: il faut attendre longtemps avant de se décider à l'opération.

L'onguent napolitain, la belladone, les purgatifs, les vésicatoires volants derrière l'oreille correspondante à l'œil malade, sont des moyens qu'il ne faut pas négliger; nous avons eu de bons résultats dans des cas où on nous avait appelé pour opérer. Toutefois, il ne faut pas trop insister sur ces moyens, si après cinq à six mois ils sont demeurés sans effet, et se décider à agir. Il n'est pas rare de voir ces cas se compliquer d'amaurose, ce qui contre-indique l'opération. Le collyre à l'atropine peut alors éclairer le diagnostic.

S'il y a opacité du cristallin et que la pupille soit mobile, on suivra, dans ces circonstances de cataracte traumatique, le manuel opératoire que nous avons indiqué. Il y a souvent nécessité de dé-

truire des adhérences de la capsule à l'iris, et il faut mettre à cela une grande attention, afin de ne pas blesser l'iris. Les soins consécutifs seront les mêmes que ceux déjà indiqués plus haut.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur l'aconelline.

Tout ce qui tend à faire mieux connaître la composition des plantes douées de propriétés énergiques doit être enregistré avec soin. Le temps n'est plus où les chimistes, analysant ces précieux médicaments, pouvaient présenter les résultats de leur travail sous la forme d'un tableau qui avait la prétention d'être complet, indiquant la proportion de chaque principe, même de ceux qui se prêtent le moins à un dosage exact, et accusant à peine une perte légère. Chaque jour amène une nouvelle découverte dans les substances végétales les mieux étudiées, et il est devenu certain que leur connaissance un peu complète devra être le prix de longues années d'effort. MM. T. et H. Smith viennent d'apporter leur contribution à l'histoire de l'aconit par la découverte d'une substance intéressante, l'*aconelline*, qui n'est pas un poison comme l'*aconitine*. Elle se trouve mélangée à cette dernière dans certains échantillons fournis par le commerce, ce qui explique leur peu d'activité signalée à plusieurs reprises, et en dernier lieu par M. Hottot, dans son intéressante thèse.

L'*aconelline* est cristallisable, d'une alcalinité douteuse. Il ne serait pas possible d'indiquer ici avec détail ses propriétés et son mode de préparation. Par l'ensemble de ses caractères, elle se rapproche tellement de la narcotine, que MM. Smith ne sont pas loin d'affirmer l'identité de ces deux substances.

Essai des cantharides.

Les moyens que possèdent les pharmaciens pour apprécier la qualité des drogues qui entrent dans leurs laboratoires ne donnent, dans bien des cas, que des résultats incertains. Lorsque, par l'examen d'une substance d'origine végétale ou animale, on a constaté la conformité de ses propriétés physiques et organoleptiques, de ses caractères botaniques ou zoologiques avec ceux des types réputés les meilleurs, on peut l'accepter avec quelque confiance, mais non

sans avoir souvent à regretter de ne pouvoir recourir au critérium par excellence, le dosage des principes actifs. D'après M. Mortreux, tel ne serait pas le cas pour les cantharides, la cantharidine pouvant être isolée sans perte notable par le procédé qu'il décrit. La cantharidine étant très-soluble dans l'éther et le chloroforme, mais insoluble dans le sulfure de carbone, si on épuise les insectes vésicants par l'un ou l'autre des deux premiers dissolvants, qu'on évapore et qu'on reprenne le résidu de l'évaporation par le sulfure de carbone, la cantharidine restera seule indissoute et pourra être pesée. En opérant avec des précautions minutieuses, M. Mortreux a trouvé que des cantharides qui fournissaient des emplâtres vésicantes très-actives donnaient, pour 40 grammes, de 18 à 22 centigrammes de cantharidine. Il propose d'admettre que les cantharides soumises à l'essai doivent donner au moins 20 centigrammes de cantharidine pour être considérées comme étant de bonne qualité. M. Mortreux est peut-être trop exigeant, puisqu'il a constaté lui-même que des cantharides qui n'en fournissaient que 18 centigrammes étaient encore actives.

Précautions à prendre pour obtenir des résultats comparables dans le dosage de l'acide urique. — Variations de la quantité d'acide hippurique contenu dans l'urine.

Le dosage de beaucoup de substances organiques naturelles est affecté d'une cause d'erreur que l'on n'a pu réussir encore à écarter : elles sont légèrement solubles dans les liquides au sein desquels on les précipite et dont on se sert pour effectuer les lavages. Cette remarque s'applique aux alcaloïdes aussi bien qu'à la plupart des principes extraits dans l'analyse anatomique. Dans ces circonstances, on ne peut aspirer à une exactitude absolue, le premier soin des chimistes doit être de rendre leurs résultats comparables autant que possible. C'est ainsi que M. Guilliermond ayant, dans le procédé qu'il a décrit pour le dosage de la morphine, exactement fixé la nature, la quantité du dissolvant à employer et les détails des manipulations, a vu ce procédé se répandre si généralement, qu'il est exclusivement employé pour l'essai des opium commerciaux. Pour rendre constante la perte causée par la solubilité de l'acide urique précipité de l'urine au moyen de l'acide chlorhydrique, M. Heintz propose d'employer toujours 200 centimètres cubes d'urine, un filtre de 3 centimètres de rayon, et 30 centimètres cubes d'eau pour les lavages. Chaque centimètre cube d'eau employée en plus entraîne la perte de 0gr,045 d'acide urique.

D'après M. Thudichum, la proportion de l'acide hippurique dans l'urine normale varie dans des limites très-étendues, de 0gr,169 à 1 gramme pour une journée, et elle peut augmenter encore par l'usage de certains aliments. L'ingestion d'une grande quantité de prunes de reine-claude l'a portée en un jour à 2gr,212, en même temps qu'elle a fait apparaître de l'acide benzoïque.

Formules de quelques préparations arsenicales employées comme caustiques de la pulpe dentaire.

L'arsenic métallique détruit la vitalité des tissus avec lesquels on le met en contact, en proportion suffisante. Son action n'est pas celle d'un escarrotique franc, il décompose les tissus animaux. L'acide arsénieux au contraire les conserve. Mis en contact avec la pulpe dentaire, il détruit sa vitalité, sans être aucunement absorbé par les autres parties. Si la pulpe est saine, une partie du caustique est emportée dans le torrent circulatoire, mais en si faible quantité, que le système ne saurait s'en ressentir. Aussi cette substance est une des plus intéressantes de la pharmacopée du dentiste, puisque c'est en quelque sorte sur elle que repose la chirurgie conservatrice.

M. Kingsburry a réuni les formules suivantes :

N° 1.	Arsenic...........................	3 parties.
	Acétate de morphine...............	1 partie.

Cette formule est attribuée à S. Spooner.

N° 2. Trempez un bourdonnet de coton dans de l'essence de menthe poivrée, du laudanum et de l'alcool, puis plongez-le par un bout dans de l'acide arsénieux en poudre, et appliquez-le ensuite sur la pulpe. (J.-J. Greenwood.)

N° 3.	Acide arsénieux....................	3 grains.
	Acétate de morphine................	2 grains.

Docteur Ide.

N° 4.	Arsenic............................	9 grains.
	Morphine...........................	3 grains.
	Créosote...........................	Q. S.

pour faire une pâte.

N° 5.	Acide arsénieux....................	àà P. E.
	Sulfate de morphine................	
	Créosote...........................	

avec trois à cinq fois leur volume de conserve de roses.

N° 6.	Acide arsénieux................	30 grains.
	Sulfate de morphine.............	20 grains.
	Créosote........................	Q. S.
N° 7.	Acide arsénieux..............	āā P. E.
	Acétate de morphine..........	

Mêlez ensemble et mettez dans une fiole sèche.

Quand on devra s'en servir, plongez-y un bourdonnet de coton humecté de créosote, en n'en emportant qu'environ 1/30 ou 1/40 de grain.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi topique de l'huile de croton tiglium dans l'étranglement herniaire.

L'étranglement herniaire est un de ces accidents contre lesquels les médicaments usités de nos jours sont à peu près tous considérés comme inefficaces; le plus souvent l'intervention chirurgicale est nécessaire, aussi ne saurait-on encourager trop toutes les tentatives faites dans le but de prévenir une opération toujours délicate, comme le sont celles d'urgence, et d'autant plus difficile que le médecin se trouve livré à ses propres ressources.

C'est ce qui nous a engagé à publier les faits suivants.

Obs. I. La femme B***, âgée de cinquante ans, est atteinte d'une hernie crurale droite, contre laquelle elle n'a jamais employé de bandage contentif. Dans la soirée du 5 septembre 1859, la hernie devient subitement douloureuse, irréductible. Je la visite le lendemain matin, 6 : il y a eu une évacuation pendant la nuit, et le pouls est de fréquence normale.

Plusieurs tentatives de taxis sont réitérées sans succès. Potion purgative huileuse.

7 septembre. Le purgatif est sans résultat. La fièvre s'allume; la tumeur de l'aine est rénitente et douloureuse au toucher, ainsi que le reste du ventre; quelques vomissements bilieux et nausées constantes; taxis toujours impossible. Quinze sangsues sont appliquées autour de la tumeur; lavement purgatif du Codex.

8 septembre. La douleur inguinale a diminué, mais la tumeur devient plus dure et plus volumineuse; le ventre est tendu, météorisé, horriblement douloureux au toucher. Les vomissements sont continus, et le dernier, qui se produit en ma présence, est mani-

festement fécaloïde. Facies grippé, hippocratique; pouls petit, serré, fréquent.

Les lavements purgatifs sont renouvelés sans succès.

L'intolérance des ingesta me donne l'idée d'essayer en dernier ressort l'efficacité du liniment suivant :

Huile d'amandes douces..................	4 grammes.
Huile de croton tiglium.................	2 grammes.

Mêlez.

Une friction toutes les trois heures sur la tumeur étranglée et sur les parties environnantes.

9 septembre. Ce matin survient une évacuation très-abondante, pendant laquelle la hernie se réduit, les douleurs abdominales s'amendent, les vomissements se suspendent, et le malade passe une nuit de sommeil réparateur.

Une contention provisoire est organisée, et la guérison survient rapidement, sans autre accident que la formation d'un petit abcès superficiel au-dessous de l'arcade crurale.

Cette femme, qui vit encore aujourd'hui, maintient sa hernie à l'aide d'un bandage et n'a plus éprouvé de ce côté le moindre accident.

Obs. II. Mme X***, âgée de quarante-huit ans, à la suite d'une marche prolongée ressentit subitement dans l'aine droite une tumeur allongée, du volume d'un œuf de poule, diminuant et disparaissant bientôt par le repos au lit, revenant dans la station verticale et s'accroissant sous l'influence de la fatigue du jour. La menstruation, qui est encore très-régulière, détermine à ce niveau une douleur violente sous forme de paroxysmes, qui s'accompagnent de nausées et de défaillance.

Un an après l'apparition de cette tumeur, en courant sous l'influence de la peur, Mme X*** fait une chute et éprouve une douleur vive et soudaine dans l'abdomen, douleur partant de l'ombilic, s'étendant bientôt à l'aine droite, où elle se fixe et d'où elle rayonne par élancements dans l'hypochondre droit. La tumeur reste irréductible malgré la position couchée, et n'augmente pas de volume. Deux selles suivent cette première manifestation douloureuse; deux vomissements muqueux ont lieu dans la nuit et se renouvellent plusieurs fois la journée du 6.

7 septembre. Le ventre, indolent dans une partie de son étendue est douloureux, surtout au pourtour de l'ombilic; il est le siége d'exacerbations déchirantes, avec tendance syncopale; la tumeur

elle-même, peu impressionnable au palper, offre la forme d'un ovoïde allongé, dont le plus grand diamètre mesure 8 centimètres; elle est contiguë à l'arcade crurale, irréductible, s'effaçant un peu pendant la flexion du membre, mate à la percussion; 96 pulsations petites; chaleur de la peau; langue blanche, humide. Pas de nouvelles évacuations.

Lavements purgatifs; liniment : chloroforme, baume tranquille, ââ 15 grammes; limonade froide.

8 septembre. Le lavement est rendu, contenant quelques matières fécales moulées. La nuit a été agitée, sans sommeil, tourmentée par des nausées incessantes, des vomituritions et des vomissements bilieux : la limonade n'est pas même tolérée. La langue est blanche, sèche; les douleurs s'étendent à tout le ventre et les accès lipothymiques redoublent de fréquence et de durée.

Toutes les quatre heures une des pilules suivantes :

Calomel....................................	0gr,25
Extrait thébaïque...........................	0 ,05

Frictions répétées toutes les trois heures sur la tumeur herniée et l'hypochondre droit avec le mélange suivant :

Glycérine.............................	4 grammes.
Huile de croton tiglium..................	2 grammes.

Lavements purgatifs, gomme sucrée pour tisane, bouillon de poulet.

9 septembre. Quelques matières fécales moulées accompagnent le lavement, rejeté pendant la nuit; 112 pulsations petites, serrées; nombreux vomissements bilieux. La langue est sèche, fendillée, recouverte d'enduit saburral. La soif est vive, le ventre météorisé, douloureux dans toute son étendue; la face anxieuse, grippée.

A neuf heures moins le quart, lors de notre visite, la malade est prise d'une crise plus violente que les autres, laquelle se termine par l'évacuation d'une selle abondante, liquide, jaune.

Un spica réducteur est immédiatement apposé sur l'aine : frictions mercurielles belladonées, cataplasmes sur le ventre.

10 septembre. Cessation entière des vomissements et nausées, nuit très-calme; ventre souple, indolent; excellent aspect du visage.

La malade reste valétudinaire jusqu'au 27 septembre et garde le lit : à cette date, tandis qu'elle descend pour la première fois du lit, une seconde tumeur crurale se montre dans l'aine gauche.

Mme X***, dont la santé n'a reçu aucune atteinte sérieuse depuis cette époque, porte aujourd'hui un bandage crural double.

Obs. III. La femme B***, âgée de quarante ans, est atteinte depuis plusieurs années d'une hernie crurale droite et s'est toujours abstenue de bandage. Le 15 août 1864, à dix heures du matin, la hernie devient tout à coup vivement douloureuse pendant la marche et résiste à toute tentative de réduction.

Je suis appelé le 16 août, à sept heures du matin; la tumeur est entièrement irréductible; elle est le siége d'une douleur vive, s'irradiant dans tout le ventre et exagérée par la pression; la peau est très-chaude; pouls petit, serré; prostration extrême; nausées, vomiturition. Il n'y a pas eu d'évacuation depuis la soirée du 14.

La malade est, sur l'heure, portée dans un grand bain, où elle séjourne trois heures, pendant lesquelles je tente, mais inutilement, à plusieurs reprises, la manœuvre du taxis.

Je laisse à la malade quelques heures de repos avant toute autre médication; car on la retire de l'eau un peu fatiguée.

Vers une heure, les symptômes péritonéaux ont marché et augmenté avec une effroyable rapidité; vomissements porracés continus, hoquet opiniâtre, convulsif, profond, très-douloureux, provoquant à tout instant la lipothymie. Le ventre est tendu, ballonné et hyperesthésié au suprême degré; le pouls est petit, fréquent, serré, presque insensible; les mains et le visage sont recouverts d'une sueur froide, visqueuse, les yeux excavés, et la physionomie, profondément contractée par l'excès de la souffrance, exprime l'angoisse de l'agonie.

60 grammes d'huile de ricin, avec addition de trois gouttes d'huile de croton tiglium sont immédiatement administrés, mais totalement et aussitôt expulsés par le vomissement; les boissons sont aussitôt rejetées qu'ingérées.

La coloration érythémateuse de la tumeur se fonce de plus en plus.

Décidé à pratiquer le débridement dans le plus bref délai, et me souvenant du précepte de Blandin, qui blâmait hautement la temporisation au delà de trente-six heures, je me disposai à faire la kélotomie; néanmoins, avant l'*ultima ratio,* je voulus recourir au liniment crotonique que j'avais déjà si heureusement employé. Je le préparai et le conseillai de la façon suivante :

Glycérine fine...........................	ãã 3 grammes.
Huile de croton tiglium..................	

L'huile de croton s'émulsionne merveilleusement dans la glycérine.

La mixture sert à faire trois onctions sur la tumeur étranglée et les parties circonvoisines : la première, à deux heures ; la seconde, à trois heures ; la troisième, à quatre heures. Préalablement aux deux dernières frictions, on lave la peau avec de l'eau savonneuse tiède et on l'essuie soigneusement avec un linge de toile fine.

A cinq heures se déclare une selle copieuse et la hernie se montre réductible ; je la fais rentrer et la maintiens à l'aide d'un spica. Deux évacuations consécutives succèdent à la première. Cataplasmes sur le ventre ; dix pilules thébaïques, de 2 centigrammes chacune, à prendre d'heure en heure.

Le lendemain matin, 17, tout est rentré dans l'ordre : le ventre est peu sensible, souple, détendu ; la malade est apyrétique, mais encore d'une grande faiblesse.

L'action de l'huile de croton ne détermina ultérieurement aucune éruption sur la peau de l'aine, et cette femme, qui s'est soumise à l'usage d'un bandage, n'a plus éprouvé le moindre accident.

En consultant le répertoire du Journal de médecine et de chirurgie pratiques, je découvre une observation de M. le docteur Paul de Mignot (année 1845), qui raconte avoir obtenu le plus grand succès d'un liniment purgatif dans un cas de hernie crurale étranglée, chez une dame de soixante-huit ans. La formule en fut empruntée à M. le professeur Bouchardat et était la suivante :

Carbonate de soude...........................	0gr,50

Triturez dans un mortier de verre et ajoutez peu à peu :

Alcoolat de menthe.....................	10 grammes.
Huile de croton........................	12 gouttes.

En frictions toutes les heures. L'évacuation critique eut lieu après la sixième friction. L'étranglement datait de quarante-huit heures [1].

On n'est peut-être pas autorisé à tirer des observations I et II une conclusionrigoureuse relativement à l'action topique de l'huile de croton tiglium dans l'étranglement externe.

Les symptômes d'étranglement ont persisté chez la première malade pendant trois jours et demi ; chez la seconde, quatre jours, mais ne sont devenus imminents que dans les dernières vingt-quatre

(1) Il existe probablement quelques faits analogues, mais ils ne sont pas venus à notre connaissance. La collection du *Bulletin de Thérapeutique* n'en renferme aucun.

heures : c'est cette bénignité primitive qui, jointe à la persistance des selles, rares à la vérité, m'a permis de diagnostiquer, indépendamment des signes locaux, une *hernie épiploïque* et de temporiser aussi longtemps dans ces deux cas. Dans l'un et l'autre, les lavements purgatifs et des évacuants de différents ordres avaient été administrés concurremment avec le liniment crotonique. Je ne pouvais donc asseoir mon opinion d'une façon certaine sur le degré d'action de ce dernier.

Mais chez la femme B***, de l'observation III, la hernie était, au contraire, franchement intestinale ; et je base cette manière de voir sur l'hyperacuïté de la symptomatologie et l'absence d'évacuation : après trente et une heures d'étranglement, la péritonite avait acquis son summum d'intensité. Le glycérolé crotonique, qui seul a été employé, peut donc, à juste titre, revendiquer tout l'honneur thérapeutique de cette guérison. Dr Emile Tartarin,

à Bellegarde (Loiret).

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale, par M. Maisonneuve, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. Maisonneuve, dont la carrière chirurgicale a été jusqu'à présent si bien remplie, a eu l'heureuse pensée de réunir en un seul faisceau et sous forme de clinique chirurgicale les travaux nombreux que lui doit la science, et qui jusqu'alors étaient épars dans différents recueils où mémoires. — C'est là, ce nous semble, un genre de publication très-utile et qu'il y aurait grand avantage à imiter. Le lecteur a de cette façon sous la main tous les travaux de l'homme qu'il veut étudier et connaître, et surtout il peut suivre la marche de l'esprit qui a présidé à ces travaux et saisir infiniment mieux l'enchaînement des idées de l'auteur.

C'est ainsi qu'il est facile de voir que dans sa carrière, dans sa vie chirurgicale, M. Maisonneuve, indépendamment des recherches purement scientifiques que contient son livre, a poursuivi une grande idée chirurgicale. Se souciant peu des traditions de l'école, brisant même parfois rudement avec elles, M. Maisonneuve a conquis une place spéciale dans la chirurgie contemporaine par sa grande originalité, son immense audace, et son habileté opératoire, qu'on ne saurait guère surpasser.

Dans ses entreprises hardies, que beaucoup de chirurgiens ont

appelées téméraires, complétement inconnues de nos devanciers, M. Maisonneuve a-t-il réalisé des progrès véritables et bien établis pour la thérapeutique chirurgicale? Répondre à cette question d'une manière absolue, serait porter un jugement prématuré et que l'avenir se réserve. Mais il ne faut pas oublier, si l'on veut comprendre le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qu'il a poursuivi sans cesse, dans ses modifications opératoires dont quelques-unes ont soulevé tant d'orages, un but immense, à la réalisation duquel, selon lui, toutes la génération chirurgicale actuelle doit se dévouer, *la disparition des accidents consécutifs aux opérations chirurgicales.* Empêcher les malades de mourir par le fait de l'opération, tel est le but que se propose M. Maisonneuve. Soyons donc indulgent pour les moyens employés en vue d'un pareil résultat, peu importe qu'ils heurtent nos idées, qu'ils froissent les procédés classiques, si l'humanité doit leur être redevable d'un aussi grand bienfait. Admettons même que ce soit un rêve; il est assez beau, il est assez grandiose pour que chacun doive désirer d'entreprendre sa réalisation.

L'enchaînement des idées de M. Maisonneuve est aisé à suivre et à faire comprendre, car il est très-logique. Pour lui, tous les accidents qui foudroient nos opérés sont dûs à la phlébite; la phlébite introduit du pus dans le sang, le malade est empoisonné et meurt. Qu'arrive-t-il à la suite d'une section quelconque avec le bistouri? Les orifices veineux restent ouverts à la surface de section, et lorsque va se développer l'inflammation suppurative de la plaie, ces orifices sont des bouches absorbantes toutes prêtes à l'absorption du pus en nature et à son transport dans l'économie; par conséquent la suppuration dans la plaie et le défaut d'occlusion des orifices vasculaires à sa surface sont la cause première des accidents. Donc employer des moyens opératoires qui ne provoquent pas de suppuration, ou bien employer des moyens qui déterminent l'occlusion des vaisseaux, tel est pour M. Maisonneuve le problème à résoudre. « La méthode sous-cutanée, dit-il, a résolu la première partie du problème. Elle fait les plaies qui ne suppurent pas et ne produisent par conséquent jamais d'accidents. La ligature, la torsion, l'arrachement, et surtout la cautérisation, en déterminant l'occlusion des orifices vasculaires à la surface de la plaie, ont résolu l'autre partie. »

Voilà, en un mot, sur quelles bases fondamentales, sur quels principes s'appuie la pratique de M. Maisonneuve. Il ne s'agit plus pour lui que de trouver l'application de ces principaux moyens à l'exécution des opérations. De là ses tentatives de ligature extemporanée,

d'amputation par la ligature et l'arrachement combinés, de cautérisation, etc. Rien de plus logique à notre avis. Ces tentatives n'ont pas toujours été suivies de succès, le chirurgien a dû renoncer, temporairement au moins, à quelques-unes d'entre elles. Mais dans une question de cette importance, ce n'est pas un procédé qu'il s'agit de juger; le procédé peut être plus ou moins défectueux, il faut voir l'idée chirurgicale qui l'a conçu.

Nous ne suivrons pas M. Maisonneuve dans l'exposé qu'il se complaît à faire de sa théorie de l'intoxication ; il y a là des *desiderata*, des points un peu obscurs peut-être, et nous croyons en avoir suffisamment dit pour faire connaître en quelque sorte la profession de foi chirurgicale de l'auteur.

On comprend aisément maintenant dans quelle voie doit marcher la chirurgie pour M. Maisonneuve : trouver des procédés opératoires ou des modes de pansement qui puissent mettre à l'abri des accidents opératoires. Il passe d'abord en revue la découverte des opérations sous-cutanées, pratiquées par Dupuytren, Delpech, et plus tard par Stromeyer, Guérin, Duval, Bouvier, Dieffenbach. Malheureusement ces opérations ne sont applicables qu'à un petit nombre de cas.

L'auteur expose ensuite en quelques pages les propriétés de l'iode; mais il insiste particulièrement sur la découverte du chloroforme, découverte merveilleuse en effet, qui permet non-seulement d'éviter la douleur, mais surtout de pratiquer des opérations qui étaient jusqu'alors impossibles. Sans rien ôter à l'importante communication faite par M. Flourens en 1847, l'auteur aurait pu citer le nom du professeur de Paris qui a trouvé le chloroforme, de Soubeiran.

M. Maisonneuve, conséquent avec ses idées sur le mode de production des accidents opératoires, a dû employer la ligature sous toutes ses formes. Il a donné la préférence à la ligature extemporanée, désignée sous le nom d'écrasement linéaire par M. Chassaignac. Ces deux chirurgiens ont rendu un grand service à la pratique chirurgicale. On peut agir en effet profondément, sur des tissus riches en vaisseaux avec leurs instruments, avec beaucoup moins de chance d'hémorrhagie et d'infection purulente.

Mais de toutes les méthodes destinées à oblitérer les vaisseaux et à prévenir ainsi les accidents, c'est la cautérisation à laquelle M. Maisonneuve paraît attacher le plus d'importance. Jusqu'à cet auteur, on avait employé souvent la cautérisation en appliquant le caustique à la surface des parties à enlever, le plus souvent en nappe ou en formant un sillon circulaire, à l'exemple de MM. Girouard

et Manoury. Dans tous les cas, le caustique agissait de dehors en dedans. M. Maisonneuve a eu l'ingénieuse idée de faire agir le caustique de dedans en dehors ; c'est ce qu'il a appelé la cautérisation en flèches. Il se sert toujours de la pâte de Canquoin. Il enfonce profondément des morceaux de ce caustique dans les tumeurs et les désorganise ainsi de dedans en dehors. Il pratique cette cautérisation de trois manières : tantôt il fait pénétrer ses flèches à la base de la tumeur sur une même ligne circulaire, de façon à détacher complétement celle-ci des parties saines; ou bien, il enfonce des flèches dans toutes les parties de la production morbide et la désorganise en masse, où bien il introduit un morceau de caustique dans le centre de la tumeur et la détruit ainsi peu à peu, sans intéresser la peau. Ce sont là ses trois procédés. M. Maisonneuve assure éviter par ces moyens toute réaction inflammatoire et les accidents consécutifs. Nous ne le suivrons pas sur le terrain de la théorie qu'il formule pour expliquer cette bénignité absolue de la cautérisation en flèches. Peu importe du reste la théorie dans les faits d'une aussi haute importance, ce sont les résultats qu'il faut voir. Or, M. Maisonneuve assure qu'ils sont très-nombreux et constants entre ses mains. Nous faisons des vœux sincères pour que cette méthode de traitement soit essayée par d'autres chirurgiens que l'inventeur lui-même, car il faut bien le dire, la plupart préfèrent encore le bistouri.

Ce que nous venons de dire suffit pour donner une idée des leçons publiées par M. Maisonneuve. Nous avons tenu surtout à montrer que ce chirurgien a toujours été guidé par une grande idée dans la pratique de son art, et que s'il a fait des opérations nouvelles qu'on a pu qualifier d'excentriques, ce n'a pas été pour la futile gloire de créer des procédés inconnus avant lui. A l'avenir appartient de résoudre les grandes questions posées par ce chirurgien, de confirmer les résultats qu'il obtient. On ne saurait toutefois lui refuser une très-grande habileté et un remarquable esprit d'initiative.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Bons effets obtenus par l'emploi de l'iodure de potassium dans les affections du cerveau et de la moelle. — Depuis environ cinquante ans que l'iode est connu des chimistes et des médecins, de nombreuses tentatives ont été faites pour utiliser les propriétés

énergiques de ce métalloïdes. Employées d'abord empiriquement, les préparations d'iode sont devenues d'un usage plus rationnel à mesure qu'on a davantage pris garde à leurs effets physiologiques; et quoiqu'il y ait encore beaucoup à faire pour achever l'étude de ces derniers, on en sait déjà suffisamment pour être porté à prescrire l'iode toutes les fois qu'il y a indication d'activer l'absorption.

Les trois faits qui suivent se rapportent à l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies du système nerveux central. Ils ont été recueillis dans le service de M. le professeur Béhier par M. Gingeot, interne des hôpitaux (¹).

Il y a déjà nombre d'années que les premières tentatives de ce genre ont été faites, et sans prétendre en tracer ici l'historique complet, il est bon de rappeler néanmoins que, dès 1841, Rœser regardait l'iodure de potassium comme spécialement utile dans le traitement de l'hydrocéphale. D'autres praticiens allemands l'on prescrit ensuite à son exemple et disent en avoir retiré des avantages réels dans la méningite tuberculeuse et les affections confondues avec elle sous le nom d'*hydrocéphalie aiguë*. Amelung, Veit, Hadder, Schopt, Christien et autres citent, à cet égard, des faits vraiment encourageants.

En 1853, le docteur Hahn, résumant leurs travaux dans un important mémoire sur la méningite tuberculeuse, conclut à l'influence favorable du médicament préconisé, influence qu'il explique par l'action de l'iode sur le système absorbant.

D'autre part, on trouve dans le *Journal de médecine de Bruxelles* (numéro de janvier 1843) l'observation d'un homme qui, depuis longtemps, présentait des symptômes de plus en plus accusés de tumeur intra-crânienne (céphalalgie, congestion cérébrale, perte de connaissance, accès convulsifs épileptiformes suivis de stupeur), et qui, sous l'influence de l'iodure de potassium prescrit à doses croissantes par M. Rul-Ogez, revint promptement à la santé, après avoir offert, dès la première semaine du traitement, une amélioration notable. On avait fini par supposer à la maladie une origine syphilitique, mais rien dans les détails de l'observation n'est propre à donner de certitude à cet égard.

En France, M. Laffore (d'Agen), dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine, soutint aussi l'utilité de l'iodure de potas-

(¹) Ces observations, dont nous ne donnons qu'un résumé, ont été lues à la Société médicale d'observation dans la première séance de janvier 1865.

sium dans la méningite tuberculeuse. Il est vrai que son travail, ainsi que celui de M. Schœpt Merceï (de Pesth) sur le même sujet, n'ont pas porté la conviction dans l'esprit de MM. Trousseau et Pidoux.

Le *Bulletin de Thérapeutique* (t. XXXVI, année 1849), mentionne deux cas de paraplégie traitée avec un succès rapide par l'iodure de potassium : le premier de ces cas a pour sujet un enfant de dix ans, qui fut complétement guéri ; le second se rapporte à un jeune soldat dont l'amélioration fut telle, qu'elle put passer pour une guérison.

Malheureusement ces deux faits sont racontés avec si peu de détails, qu'il est à peu près impossible de rien conjecturer sur la nature des paraplégies en question.

Magendie, on le sait, expérimenta l'iodure de potassium dans l'épilepsie, et l'on doit peut-être tenir compte des quelques résultats heureux qu'il en obtint contre une maladie ou plutôt contre un appareil symptomatique dont le remède doit sans doute varier comme la cause intime elle-même.

Les Anglais, de leur côté, nous fournissent quelques relations intéressantes d'affections du système nerveux central traitées par l'iodure de potassium. On trouve dans *the Lancet* (numéro de mai 1851), l'histoire d'une hydrocéphale chronique qui fut presque complétement guérie par M. Hoskins, grâce à l'administration de l'iodure.

Plus récemment, en décembre 1859, l'*Edinburgh Medical Journal* a publié un travail du docteur John Coldstream qui, d'accord avec Copland, Villshire et M. West, recommande vivement l'iodure de potassium dans les maladies du cerveau des enfants, lorsqu'il y a des accidents qui créent une véritable tendance à l'hydrocéphale.

Il fait rentrer dans la catégorie de ceux-ci les convulsions qui suivent la dentition, et ne regarde pas l'état scrofuleux comme nécessaire pour que l'iodure soit indiqué.

Enfin dernièrement Brown-Séquard, dans ses leçons sur les paralysies des membres inférieurs, a particulièrement insisté sur l'iodure de potassium et sur le parti qu'on en peut tirer contre certaines espèces de paraplégies.

« Ce remède, dit-il, n'est pas suffisamment employé dans la paralysie. C'est un des agents les plus puissants d'absorption des fluides épanchés dans la cavité crânio-vertébrale, soit en dehors, soit dans la substance même des centres nerveux. »

On pourra peut-être reprocher aux faits que nous allons rapporter de ne pas renfermer les éléments d'un diagnostic précis et incontestable; mais si l'on veut bien considérer qu'ils ont trait à des affections des centres encéphalo-rachidiens terminées par une guérison plus ou moins complète, on conviendra qu'il était difficile de leur éviter un tel défaut, le diagnostic rigoureux de ces sortes d'affections n'étant, en général, possible qu'à l'autopsie.

Obs. I. Une femme de soixante et onze ans, après avoir éprouvé des fatigues prolongées, entre à l'hôpital de la Pitié, se plaignant d'une céphalalgie habituelle avec lassitude générale, nausées et perte complète de l'appétit. Tous les appareils de l'économie étant trouvés intacts, il parut naturel d'admettre un embarras gastrique; un vomitif fut prescrit. La malade se sentit soulagée, mais dès le lendemain se manifestèrent des symptômes assez inquiétants : frisson intense avec insomnie et agitation nocturne, céphalalgie parole difficile et embarrassée, constipation. Les jours suivants il survint de la somnolence, de l'hébétude du regard, un état demi-comateux, sans délire ni fièvre. Le regard était fixe, les pupilles dilatées, les sourcils froncés, sans paralysie aucune, en un mot, une réunion de symptômes qui annonçait le début d'une affection cérébrale (méningo-encéphalite ou plutôt apoplexie séreuse). La malade, qui était soumise à un régime tonique, commença par prendre 1, 2, puis 3 grammes d'iodure de potassium par vingt-quatre heures; dès le troisième jour, la céphalalgie diminua; l'agitation et l'insomnie disparurent; l'amélioration fit des progrès sensibles, l'expression habituelle du visage reparut, la parole redevint facile, et, après dix jours de traitement, pendant lesquels cette femme avait absorbé 24 grammes d'iodure de potassium, sans autres accidents qu'un peu de diarrhée à la fin et une légère éruption iodique à la face, elle put sortir de l'hôpital dans un état assez satisfaisant.

Dans ce cas, l'affection cérébrale était à son début; aussi il serait bien difficile de porter un diagnostic certain, mais il importe de faire remarquer avec quelle rapidité l'amélioration se produisit sous l'influence de l'iodure potassique. Quelle qu'ait été la lésion, l'effet du médicament a été incontestable. L'observation qui suit est beaucoup plus concluante, bien que le siége et la nature de la lésion n'aient pas été précisés.

Obs. II. Un employé de bureau, âgé de trente-cinq ans, entre dans le service de M. Béhier, le 12 mai 1864. Cet homme, qui s'est toujours bien porté, mène une vie fort régulière et n'a jamais eu

la moindre affection syphilitique. Point de maladie héréditaire dans sa famille.

Dans le mois de février 1863, après avoir souffert d'une forte céphalalgie pendant plusieurs heures, il fut pris tout à coup d'une attaque épileptiforme et ne reprit ses sens qu'au bout d'uno heure environ ; l'attaque se termina par des vomissements, et pendant les cinq jours qui suivirent, il conserva de la céphalalgie et un sentiment de malaise et de lassitude. Trois mois se passent sans accident, puis nouvelle attaque plus intense et plus prolongée que la première. Au bout de deux mois, le malade est pris de violentes convulsions non accompagnées, cette fois, de perte de connaissance. Il entre alors à l'hôpital et y reste environ cinq semaines, pendant lesquelles on lui fait prendre de l'iodure de potassium à doses croissantes, jusqu'à un maximum de 3 grammes en vingt-quatre heures. Il en sort dans un état très-satisfaisant et complétement débarrassé de ses maux de tête. Dix mois se passent sans nul accident, mais au bout de ce temps une nouvelle attaque a lieu sans perte de connaissance, et le malade entre de nouveau dans le service de M. Béhier. Deux ou trois jours avant l'attaque, il avait été pris d'une céphalalgie étendue à toute la tête, et n'affectant aucun point en particulier. Le jour de son entrée, sa douleur est limitée au front, et paraît plus intense à droite qu'à gauche. Le malade ressent des pulsations dans l'intérieur du crâne. Il a, par intervalle, des étourdissements. Sauf une légère anorexie, les fonctions digestives, circulatoire et respiratoire n'offrent rien d'anomal. L'odorat, le goût, la vue et l'ouïe sont intacts. Pas de bourdonnements d'oreilles. Un bégayement assez sensible a précédé l'attaque et persiste après elle. L'intelligence est pleinement conservée. La jambe et le bras du côté droit sont le siége de fourmillements, et sont en outre affaiblis et légèrement anesthésiés. Le malade ressent parfois des horripilations dans les mêmes points, mais il n'a jamais éprouvé de crampes.

On le met à l'usage de l'iodure de potassium, et on arrive rapidement à lui faire prendre dans les vingt-quatre heures 5 grammes de ce médicament. Au bout de trois jours, tous les phénomènes morbides ont disparu ; néanmoins l'iodure continue à être prescrit pendant six semaines à deux mois.

Cet homme, selon toute probabilité, paraissait atteint d'une tumeur intra-crânienne. Soumis pendant cinq semaines à l'inflnence de l'iodure de potassium, il est resté pendant près d'un an sans éprouver le moindre phénomène morbide. Au bout de ce temps,

une nouvelle attaque a lieu : l'iodure est administré à larges doses, et en huit jours le calme est rétabli.

On pourra sans doute objecter que les choses se fussent peut-être passées de même si l'on n'eût rien fait du tout, et rappeler combien les tumeurs de l'encéphale sont capricieuses dans leurs manifestations. Mais si l'iodure n'a été pour rien dans l'amélioration qui s'est produite et si l'éloignement ou la cessation rapide des symptômes n'a fait que coïncider avec l'emploi du remède, sans en dépendre en aucune manière, il est vraiment singulier que cette coïncidence ait eu lieu deux fois de suite de façon à jouer si naturellement la relation de cause à effet.

Obs. III. Une femme âgée de trente-deux ans, d'une bonne santé habituelle, quoique très-nerveuse et très-impressionnable, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Charles, le 4 mai 1864.

Réglée à treize ans, mariée à vingt et un, elle eut plusieurs couches assez pénibles, qui s'accompagnèrent d'hémorrhagies abondantes, et, à la suite de la dernière, elle contracta un prolapsus de l'utérus qui la force à porter une ceinture hypogastrique. Elle a eu, depuis sa jeunesse, plusieurs attaques d'hystérie nettement caractérisées. Elle était sujette, depuis sa dernière couche, à des fourmillements dans les membres inférieurs, lorsque, dans les derniers jours de 1864, en voulant quitter la chaise sur laquelle elle était assise, elle est prise de faiblesse dans les jambes, avec impossibilité de la marche ; dès lors il est resté une paralysie des deux membres inférieurs avec anesthésie complète et rétention d'urine. Un séjour de deux mois à la Charité ayant été complétement infructueux, elle entre dans le service de M. Béhier.

Lors de son entrée, elle présente les symptômes suivants : douleur assez vive à la pression au niveau des apophyses épineuses des troisième, quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales ; perte du mouvement à peu près complète dans les membres inférieurs, plus marquée à droite ; anesthésie complète, plus marquée aussi à droite ; peu de mouvements réflexes ; paralysie de la vessie et du rectum ; quelques fourmillements dans les membres inférieurs, mais point de douleurs en ceinture ; jamais de crampes ni de contractures. Dans le membre supérieur droit, les forces sont diminuées et la sensibilité est beaucoup moindre. Il existe en même temps tous les signes d'un état chlorotique très-confirmé. Les fonctions intellectuelles sont intactes, pas de troubles des sens ; il n'y a qu'une grande faiblesse de la vue.

La malade est soumise successivement, sans aucun succès, aux di-

vers traitements suivants : extrait de noix vomique jusqu'à production de l'effet physiologique, fourmillement et contracture des extrémités ; ergot de seigle, à la dose de 50 centigrammes, qui détermine d'assez vives douleurs dans le ventre et dans les reins ; pilules d'asa fœtida et de sulfate de quinine, ce dernier étant donné jusqu'à la dose de 1 gramme par jour ; enfin, au bout de six semaines, pendant lesquelles il n'est pas survenu la moindre amélioration, M. Béhier prescrit l'iodure de potassium depuis 1 jusqu'à 3, puis 5 grammes par vingt-quatre heures. Au bout de dix jours, la malade s'aperçoit qu'elle commence à remuer plus facilement les orteils de la jambe gauche, puis peu après, le pied d'abord, et ensuite la jambe du même côté commencent à se délier sensiblement, et un mois après le début du traitement, la malade, soutenue de chaque côté par un aide, parvient à faire quelques pas dans la salle. Dans la jambe droite, qui était bien plus paralysée, les mouvements ne sont revenus que plus lentement ; cependant le 15 août (l'iodure de potassium ayant été administré pour la première fois le 21 juin) la malade machait seule, sans canne, sans soutien d'aucune sorte. Malgré un léger retour de la paraplégie, qui n'a duré que quelques jours, l'amélioration s'est continuée ; la malade a quitté l'hôpital, et, depuis, elle est revenue à la consultation, marchant facilement et d'un pas assez ferme.

Quel que soit le diagnostic porté dans ce cas : paraplégie réflexe consécutive à une affection utérine ; paraplégie hystérique, ou paraplégie par hémorrhagie de la moelle, il n'en est pas moins incontestable que la guérison a suivi de très-près la mise à exécution du traitement par l'iodure de potassium, et il faut signaler ici qu'outre les diverses médications instituées à la Pitié, cette malade avait été traitée sans succès à la Charité par la cautérisation, l'électricité et l'extrait de belladone.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'antagonisme de l'opium et de la belladone. Voici deux nouveaux faits à ajouter à ceux que nous avons déjà publiés, qui témoignent en faveur de la médication par la belladone appliquée à l'intoxication opiacée.

Ils sont empruntés à la pratique de M. le docteur Léon Blondeau.

Dans le premier, il s'agit d'une jeune femme qui avala, par méprise, deux cuillerées à café, c'est-à-dire 10 grammes de laudanum, représentant 0gr,60 d'extrait gommeux d'opium. Avertie par le goût de ce qu'elle venait de faire, elle fut extrêmement effrayée, et avertit ses parents. On lui donna immédiatemen

une tasse de café, qui fut aussitôt rendue par des vomissements, ainsi que d'autres liquides qu'on essaya de faire prendre, et dont l'ingestion occasionnait des spasmes violents et très-douloureux de l'estomac. Le médecin, arrivé une heure et demie environ après l'accident, trouva la malade couchée, le visage pâle, les pupilles contractées, de telle sorte que l'orifice pupillaire n'était plus marqué que par un petit point noir; la peau des extrémités était froide, le pouls petit, lent et intermittent. La malade était dans un état d'assoupissement dont on la tirait facilement en lui adressant la parole. 10 gouttes de teinture alcoolique de belladone furent administrées dans un quart de verre d'eau sucrée, mais cette potion fut presque aussitôt vomie. On eu donna de nouveau 10 gouttes, mais, cette fois, dans une quantité d'eau équivalent à une cuillerée à café, et on continua le médicament, par 5 gouttes, à des intervalles assez rapprochés.

La malade prit, de cette façon, 4 grammes de teinture alcoolique, représentant une cuillerée à café de la liqueur, et 19 centigrammes d'extrait de belladone.

Sous l'influence de cette médication, tous les accidents disparurent assez promptement.

Dans une autre circonstance, les phénomènes de narcotisme, quoique beaucoup plus graves, furent aussi heureusement combattus par la belladone.

Appelé auprès d'une jeune femme qui venait de s'empoisonner volontairement avec de l'opium, M. Blondeau la trouva dans l'état suivant : les yeux étaient convulsés et renversés sous la paupière supérieure à moitié soulevée; les pupilles, aussi contractées que possible, restaient insensibles à l'action de la lumière; les mâchoires étaient violemment serrées l'une contre l'autre; les extrémités et la pointe du nez étaient froides; le pouls battait faiblement et avec une extrême lenteur; enfin, la sensibilité générale des diverses parties du corps était complétement abolie.

Il parut inutile de provoquer des vomissements, car le début des accidents remontait déjà à plus de quatre heures, et le poison devait être en grande partie absorbé; on eut recours immédiatement à la teinture alcoolique de belladone, dont on administra, presque coup sur coup, en trois fois, une trentaine de gouttes, qui furent portées, aussi profondément que possible, dans l'arrière-bouche, au moyen d'une petite cuiller introduite en desserrant les dents avec le manche d'une autre cuiller, tandis qu'on fermait hermétiquement l'orifice des fosses nasales en pinçant vigoureusement le nez.

Cependant, les accidents, loin de s'arrêter, prirent un épouvantable développement, et l'asphyxie paraissait imminente. Dans ce péril extrême, M. Blondeau insista sur l'administration de la belladone, en ne prenant plus pour guide que l'état des pupilles, dont la dilatation pouvait seule donner la mesure d'action du contre-poison. Dans l'espace de moins d'une demi-heure, on fit prendre, dix par dix, à la malheureuse femme, plus de 70 gouttes de teinture.

A peine la dernière dose eut-elle été ingérée, que les pupilles commencèrent à se dilater, et une fustigation énergique ramena la malade; dès lors, les phénomènes d'empoisonnement se dissipèrent très-rapidement, et cette jeune femme put sortir le lendemain.

En présence des difficultés qu'a présentées l'administration du médicament par l'estomac dans ces deux cas, nous rappellerons aux praticiens qu'ils ont à leur disposition, dans les injections hypodermiques, un moyen plus sûr et plus rapide d'introduire le contre-poison dans l'économie. (*Archives de médecine.*)

Méningite spinale traitée par le curare; guérison. On n'a pas oublié sans doute les espérances que l'emploi du curare dans les affections *tétaniques* a fait un instant concevoir; si ces espérances ne se sont pas complétement réalisées, on n'est pas pour cela autorisé à dénier à ce moyen toute vertu, et plutôt que de rechercher son efficacité absolue, peut-être y aurait-il lieu de se livrer à une étude attentive des conditions qui peuvent être plus favorables à la manifestation de ses propriétés thérapeutiques. C'est en vue de la réalisation de ce précepte de thérapeutique expérimentale que nous reproduisons, avec toutes les réserves qu'il comporte, le fait suivant :

Un homme robuste, âgé de vingt-sept ans, avait été pris, à la suite d'un refroidissement subit, d'accidents graves du côté de la respiration, avec toux sèche et entrecoupée. Les organes thoraciques étaient néanmoins dans leur

état normal. Puis, survinrent un endolorissement à l'hypocondre gauche, en même temps qu'une douleur gravative au niveau de la dernière vertèbre dorsale, douleur qui s'étendait, dans un très-bref délai, à tout le dos; le bras gauche devint ensuite le siége de spasmes toniques d'abord, cloniques ensuite, lesquels se changèrent rapidement en véritable opisthotonos et en secousses convulsives de tout le corps, qu'accompagnait la toux dont il a été question plus haut : les muscles de la face, du larynx et du pharynx ne participaient point à ces spasmes; ceux-ci duraient de quinze à soixante-quinze minutes (il n'y eut jamais de trismus); pendant ces accès et à leur suite, il y avait un moment plus ou moins long, pendant lequel le pouls descendu à trente ou quarante pulsations, s'élevait de nouveau à soixante-dix ou quatre-vingts. La fièvre fit constamment défaut. La moitié droite du corps n'a pas été sensiblement atteinte; à la jambe gauche, au contraire, existait de la paralysie de la motilité en même temps que de l'analgésie. Il y eut quelquefois du délire et même perte de connaissance, à partir du moment où les attaques étaient devenues plus intenses.

Les moyens de dérivation locaux et généraux, l'opium, la quinine, le camphre, les bains froids, etc., n'amenèrent aucune modification dans ces accidents; seules, les inhalations de chloroforme modérèrent un peu les accès. Cet état durait depuis un mois environ, lorsque fut essayée l'application hypodermique du curare, à la dose de un quart de grain, puis d'un demi-grain ; cette application fut faite deux fois par jour, pendant trois jours, après lesquels les convulsions s'étaient sensiblement affaiblies; le sixième jour, après l'application d'un autre demi-grain de curare, elles avaient complétement cessé; des sueurs profuses abondantes se déclarèrent, et le malade reprit peu à peu une santé parfaite.

Ce fait pourrait prêter par son côté nosographique à plus d'un commentaire, et il y aurait certainement lieu de discuter le titre de méningite spinale sous lequel il est donné; mais, nous le répétons, nous n'avons, en le reproduisant, d'autre but que celui de montrer certaines conditions symptomatiques dans lesquelles le curare semble pouvoir intervenir avec quelque efficacité. (*Cronica medica*, novembre 1864.)

Du traitement de la hernie inguinale chez les enfants. Dans les hernies qui sont congénitales ou surviennent peu de temps après la naissance, on peut, par une pression continue et bien dirigée et par l'application constante d'une ceinture bien adaptée, guérir généralement les petits malades.

L'on se rappelle les recherches du professeur J. Cloquet sur le mode de resserrement et d'oblitération graduelle au moyen duquel ces sortes de hernies se ferment après la seule application, pendant un temps plus ou moins long, d'une petite pelote herniaire.

Mais il y a des cas chez les très-jeunes enfants où l'emploi d'un bandage, si bien adapté qu'il soit, n'amène point la cure radicale de la hernie. Alors il est nécessaire de faire une opération : sur dix petits malades atteints de hernie et âgés de moins de huit ans, M. Bedford Davies, chirurgien à l'hôpital des Enfants de Birmingham, a employé tantôt la méthode de Wutzer, d'autres fois une méthode qui lui est personnelle, et qu'il a déjà fait connaître dans une publication remontant à quatre années : cette méthode consiste à invaginer une portion du scrotum dans l'ouverture anomale. Sur les dix malades traités ainsi, neuf ont été radicalement guéris; le dernier, atteint de carie vertébrale, se prêtait mal à une opération et à une contention permanente.

M. John Wood, en pareil cas, enfonce dans le sac deux épingles qui le transpercent et amènent ainsi une inflammation adhésive qui oblitère sa cavité. Des deux épingles, l'une réunit le pilier interne et les fibres unitives, la seconde traverse le pilier externe : le tout est maintenu en tordant une des épingles sur l'axe de la seconde; le canal herniaire se trouve aussi oblitéré, sa paroi postérieure étant tirée en avant et l'antérieure en arrière; le cordon est entre les épingles, mais sans être comprimé par elles.

Voici quelle est la méthode d'opération du docteur Bedford Davies :

Il enfonce le doigt aussi profondément que possible dans le canal inguinal ; il y porte en même temps une aiguille forte et bien courbée, et la plonge à travers le pilier interne ; on passe alors un fil à ligature ordinaire dans le trou de l'aiguille, à l'aide de laquelle on transperce de la même façon le pilier externe ; on remplace ces fils par un fil de cuivre (n° 20), ou

plutôt on l'adapte au fil à l'aide d'un petit trou dont son extrémité est percée; après avoir passé le fil, on en tord les deux extrémités, et le canal se trouve ainsi oblitéré. On retire les fils après quelques jours, bien que certains praticiens les y laissent: tel est, par exemple, le professeur Chrishalin (de Charleston).

Deux ou trois jours après avoir retiré les fils, on met une ceinture, et l'enfant peut marcher comme à son ordinaire.

Pendant les quelques jours qui suivent l'opération, c'est à peine si l'on a à redouter un peu de douleur, et presque jamais de suppuration ou d'ulcération.

Après quelque temps, le fond du sac s'oblitère, forme dans le scrotum une masse solide, et l'on peut à peine reconnaître l'orifice externe du canal inguinal. (*Med. Times* et *Gaz. méd.*)

Compression carotidienne. La compression est un moyen thérapeutique sur lequel l'attention des praticiens ne saurait jamais trop se fixer, car elle répond à un grand nombre d'indications importantes, auxquelles elle satisfait mieux que quoi que ce soit. Nous n'avons pas à rappeler ici tous les services qu'elle est susceptible de rendre, suivant son mode d'application et selon les organes sur lesquels on la fait porter; ce sont là des points dont nous avons maintes et maintes fois entretenu nos lecteurs, en mettant sous leurs yeux des exemples probants. Nous voulons seulement ici, à l'occasion d'un très-intéressant mémoire du docteur Guibert, de Saint-Brieuc, revenir sur la compression carotidienne, et montrer de nouveau, avec notre confrère, le parti qu'on en peut tirer, dans l'éclampsie principalement.

Après une brève étude historique de la compression des carotides et de ses applications, M. Guibert rapporte quatre cas d'éclampsie dans lesquels il a eu occasion de recourir à ce moyen et où il en a obtenu les meilleurs résultats. Il s'agit, dans un de ces cas, d'une violente attaque d'éclampsie survenue chez un enfant de quinze mois, probablement sous l'influence du travail de la dentition, et ayant pour caractère principal, avec une perte de connaissance prolongée, la limitation des mouvements convulsifs au côté droit du corps. Dans un second cas, c'est, chez une enfant de quatre ans et demi, une attaque convulsive avec perte de connaissance, spasme de la glotte, et prédominance des mouvements convulsifs du côté gauche. La prédominance des convulsions de ce même côté se fait remarquer chez le sujet de la troisième observation, petite fille de quinze mois, prise d'éclampsie à la suite d'une violente quinte de coqueluche. Enfin, chez un quatrième enfant, âgé de vingt-huit mois, accès éclamptique, mouvements cloniques à peu près égaux des deux côtés, mais ayant paru toutefois un peu plus violents à droite. Dans ces quatre cas, une première compression de la carotide du côté opposé à celui où les phénomènes étaient le plus marqués, a amené de suite la sédation momentanée des symptômes, puis, répétée, leur cessation rapide et complète.

Le mémoire de M. Guibert se termine par les conclusions suivantes, qui résument à la fois et les indications de la compression carotidienne, et la manière dont elle doit être mise en pratique:

La compression *temporaire* ou *intermittente* est une pratique inoffensive toujours, souvent fort utile; cependant il faut, autant que possible, se borner à la compression *unilatérale*.

La compression des carotides donnera des succès variables dans la plupart des névroses; mais elle est surtout indiquée, quand il y a afflux sanguin vers les centres nerveux.

Elle réussira surtout dans l'éclampsie des enfants. C'est alors un des premiers moyens à employer, et elle devra naturellement être pratiquée du côté opposé à celui qui est le siége de convulsions prédominantes. Elle enrayera souvent les accidents convulsifs; mais, je crois que le coma consécutif aux convulsions sera utilement combattu par une application de sangsues.

Le lieu d'élection pour comprimer la carotide sur la colonne vertébrale est au niveau du cartilage thyroïde. (*Union méd.*, janvier 1865.)

Epilepsie guérie par l'expulsion d'un ténia. S'il est vrai que les affections névropathiques ne soient pas aussi souvent qu'on le croit dans le monde liées à la présence d'entozoaires dans le canal intestinal, il n'est pas moins vrai qu'elles en dépendent assez souvent pour que, dans un assez grand nombre de cas, la question doive être posée lorsqu'il s'a-

git, en établissant le diagnostic, de rechercher quel est le point de départ des accidents. C'est un soin que se gardent d'omettre les praticiens qui exercent dans les contrées où l'helminthiase est commune, mais qu'oublient peut-être trop souvent ceux qui sont placés dans des conditions différentes. Aussi les faits du genre de celui qui va être résumé ci-dessous sont toujours bons à rappeler.

Le nommé B***, âgé de dix-neuf ans, de bonne constitution, mais ayant eu dans son enfance de nombreux accès de fièvre intermittente et une grosse rate, souffrait depuis l'âge de huit ou dix ans de coliques fréquentes ; il était en outre sujet aux maux de tête, aux étourdissements, sans que jamais aucun traitement eût été dirigé contre ces divers symptômes morbides. Le 20 août 1857, il fut pris tout à coup d'une attaque d'épilepsie des mieux caractérisées : chute inopinée, convulsions, ronflements, écume à la bouche, coma, morsure de la langue. M. le docteur Bertet, de Cercoux, appelé à voir le malade le lendemain, le trouva encore sous l'influence de l'accident dont il avait été atteint. Il pensa qu'il pouvait avoir des vers et que ceux-ci, s'ils existaient en réalité, pouvaient n'être pas étrangers à ce qui lui était arrivé : il administra en conséquence de la santonine et une potion huileuse purgative, traitement qui fut suivi de l'expulsion de plusieurs oxyures et de quelques cucurbitains. Il y avait donc des vers. Au bout de quelque temps, les oxyures ayant disparu et les cucurbitains étant devenus rares, le malade se croyait guéri, lorsqu'il fut pris d'une attaque en tout semblable à la première, puis, trois mois environ après, d'une nouvelle qui fut plus longue et plus sévère que les autres. M. Bertet, qui avait d'abord voulu attendre afin de savoir à quoi s'en tenir relativement à la part d'action que pouvait avoir l'entozoaire dans la maladie de ce jeune homme, crut alors devoir intervenir, n'ignorant pas qu'indépendamment de la nature de la cause, l'épilepsie est d'autant plus difficile à détruire qu'elle a duré plus longtemps, et redoutant de voir cette terrible névrose se reproduire après la disparition de sa cause, s'il tardait davantage à éliminer celle-ci. La décoction d'écorce de racine fraîche de grenadier fut administrée et amena la sortie du ver, deux heures environ après l'injection. Depuis lors, le jeune malade n'a pas été perdu de vue, et jamais il n'a éprouvé la plus légère atteinte de son horrible mal. (*Union méd.*, 1865, numéro 9.)

Intoxication saturnine chez un enfant par un biberon. On sait que l'habitude où sont beaucoup de nourrices de se recouvrir les mamelons, après chaque succion de l'enfant, avec de petits capuchons de plomb destinés à protéger ces parties contre les frottements, a été signalée comme susceptible de devenir le point de départ d'une intoxication saturnine chez les nourrissons, par les sels plombiques qui peuvent se former au contact des liquides et se déposer sur la peau. L'exemple suivant nous montre que les biberons peuvent aussi amener des accidents semblables ; nous trouvons ce fait mentionné dans une leçon de M. le docteur Fleming, de Birmingham, auquel il avait été communiqué par le docteur Jordan, de la même ville.

Le petit malade, âgé de six mois, avait depuis quelque temps commencé à languir, sans aucune cause appréciable, et à présenter des symptômes non équivoques d'empoisonnement par le plomb, coliques intenses, constipation, amaigrissement graduellement croissant, pâleur, nausées et vomissements, dilatation des pupilles, et enfin assoupissement, paralysie presque complète des extrémités supérieures. Les membres abdominaux étaient également affaiblis, mais à un moindre degré. Pas de convulsions. Il y avait deux mois que ces accidents avaient commencé sans qu'il eût été possible encore d'en découvrir la cause, lorsque par hasard on vint à examiner un biberon dont on se servait pour allimenter l'enfant. La monture supportant le mamelon artificiel en était détériorée, et comme cette monture était faite d'un alliage contenant du plomb, il devint clair que c'était là qu'il fallait voir le point de départ de la maladie. Ce biberon fut mis de côté et l'enfant ne tarda pas à se rétablir. — Une chose intéressante à noter, c'est que, chez ce petit malade, *qui n'avait pas encore de dents*, le liséré bleuâtre des gencives n'existait pas. (*British med. Journ.*, janvier 1865.)

Hémiplégie faciale guérie rapidement par l'électricité. L'hémiplégie faciale est, comme on le sait, d'une durée assez longue ; deux à trois mois et même souvent plus sont nécessaires pour un complet rétablissement. L'observation suivante, due à

M. le docteur Moriau, mérite d'être rapportée, puisque la guérison a eu lieu en douze jours.

Une femme de vingt-six ans est surprise par la pluie ; rentrée chez elle, elle ressent de violents frissons, qui disparaissent sous l'influence de vêtements chauds et d'une douce température. A la suite de ce refroidissement, les règles s'arrêtent, et le lendemain, en se réveillant, elle s'aperçoit que l'expression de son visage n'est plus du tout la même. Tous les signes de la paralysie de la septième paire sont manifestes : absence de rides transversales du côté gauche du front, sourcil gauche pendant, œil saillant et injecté, paupière inférieure légèrement renversée en dehors, épiphora, joue flasque, aile du nez immobile ; conservation de la sensibilité.

Comme il y avait une légère tuméfaction de la région mastoïdienne de ce côté, deux applications de sangsues furent prescrites sans aucun résultat ; au bout de quatre jours, l'électrisation fut essayée pour la première fois avec l'appareil Morin ; huit séances d'un quart d'heure chaque, suffirent pour faire disparaître toute trace de paralysie.

Dans ce fait, le peu de durée de l'hémiplégie faciale s'explique par le siége de l'altération du nerf (névrite ou compression) qui se trouvait au niveau de la région mastoïdienne, c'est-à-dire à la sortie de son trajet osseux. (*Gazette des hôpitaux.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Avantages de l'administration du sulfate de quinine par la voie hypodermique. Une discussion s'est engagée sur cette question dans le sein de la Société royale médicale et chirurgicale de Londres, à l'occasion d'un mémoire de M. Desvignes, présenté par M. Birkett, secrétaire honoraire. M. Desvignes a eu occasion, en Toscane, d'observer un grand nombre de fièvres paludéennes parmi les ouvriers employés aux travaux de construction d'un chemin de fer. Ayant fréquemment échoué dans le traitement de ces malades, soit avec le sel quinique, soit avec l'arsenic, administrés à la manière ordinaire, il eut recours aux injections sous-cutanées d'une solution de sulfate de quinine dans la proportion de un grain et demi pour quinze gouttes d'eau acidulée, et grâce à ce moyen il cessa, dans les cas très-nombreux qu'il eut à soigner par la suite, d'éprouver les échecs dont il avait eu jusque-là à se plaindre. Ces résultats viennent à l'appui de ceux signalés par MM. Schachaud, de Smyrne, et Moore, de Bombay (Voir nos vol. LXIII et LXVI).

M. Ch. Hunter, qui est une autorité très-compétente en ce qui concerne la méthode des injections hypodermiques, est venu, dans cette discussion, mettre de nouveau en saillie les avantages de l'administration de la quinine par cette méthode. S'appuyant d'une part sur ce que lui a appris son expérience personnelle de ce mode d'administration pour d'autres médicaments actifs, à savoir la morphine et l'atropine, et d'autre part sur les résultats formulés par M. Moore, il a rappelé quelques points qui sont d'un très-grand intérêt en pratique : 1° l'économie importante qu'on peut réaliser par l'emploi hypodermique du sulfate de quinine, puisqu'on obtient par cet emploi les mêmes résultats avec des doses cinq ou six fois moindres que celles qui devraient être données par la voie gastrique ; 2° la rapidité d'action, qui est telle, qu'en quelques minutes les effets sont produits ; 3° la certitude de cette action et enfin la possibilité constante de ce mode d'administration, lesquelles ne sont jamais en défaut, tandis que l'ingestion dans l'estomac n'est pas toujours possible, cet organe pouvant se trouver et se trouvant assez souvent hors d'état soit de tolérer, soit d'absorber le médicament. (*Roy. med. and chir. Society*, janvier 1865.)

Deux épingles recourbées introduites dans le canal de l'urètre chez un jeune homme ; extraction. Nous avons déjà consigné dans notre Recueil de si nombreux faits de corps étrangers introduits dans l'urètre, que nous pourrions nous dispenser d'en mettre de nouveaux sous les yeux de nos lecteurs ; d'un autre côté, l'extrême variabilité de ces corps, eu égard à leur nature, à leur forme, etc., la très-grande difficulté qui en résulte de formuler en loi générale les règles du traitement, seraient peut-être une autre raison de nous abstenir. Mais, en con-

sidérant que la multiplicité des exemples et la connaissance de l'heureuse appropriation des procédés à chaque cas particulier peuvent fournir au chirurgien des analogies utiles pour les nécessités de sa pratique, nous sommes conduit à relater le fait suivant, observé par M. le docteur Cavasse.

Il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, détenu à Mazas, qui se plaignit à notre confrère d'une difficulté pour uriner, difficulté tenant, d'après son aveu, à la présence d'une petite épingle dans le canal. M. Cavasse procéda au cathétérisme avec une sonde métallique, et, à 5 ou 6 centimètres du méat, rencontra un corps dur qui paraissait fixé dans l'urètre au point qu'il occupait. La palpation permettait de reconnaître que cette épingle était recourbée. Mais avait-elle été introduite par ses extrémités rapprochées ou par sa courbure? Dans l'impossibilité de tirer du malade aucun renseignement précis sur ce point, le raisonnement était en faveur de la dernière de ces deux suppositions et conduisait à penser que la courbure était dirigée vers la vessie, la tête et la pointe tournées vers le méat. Dans cette position, on comprend sans peine que l'extraction ne pouvait se faire facilement et que la première condition du succès était de ramener la courbure dans une direction inverse de celle qu'elle occupait. Grâce à ce que le canal était large, une pince à anneaux, la seule que M. Cavasse eut alors à sa disposition, put être introduite et manœuvrée assez facilement; mais l'épingle, d'abord saisie, ne put être ramenée, sans doute parce que ses extrémités écartées trouvaient un obstacle dans les parois accolées de l'urètre. La pince fut alors poussée au delà de l'épingle, puis ramenée doucement en raclant la paroi du canal, et le chirurgien sentit le corps étranger changer de place et exécuter un mouvement de translation suivant un axe passant par ses extrémités; la courbure se trouva ainsi tournée vers le méat; la pince fut alors retirée avec précaution, le bout toujours appuyé sur la paroi urétrale, et l'épingle, placée à cheval sur l'instrument, apparut bientôt au méat et fut extraite.

Le malade confessa alors qu'il y avait dans son canal, mais plus profondément, une seconde épingle qui, à l'en croire, était droite et avait été introduite pour retirer la première. Sa présence fut en effet constatée au périnée. Après plusieurs tentatives pratiquées le lendemain avec la pince urétrale de Hunter, tentatives restées infructueuses, après un essai tenté non moins vainement de faire traverser les chairs par l'épingle suivant une pratique recommandée, notre confrère songeait à pratiquer la boutonnière, lorsqu'ayant poussé la pince de Hunter au delà du corps étranger et la retirant à lui, il sentit une résistance analogue à celle qu'il avait éprouvée pour la première épingle: il persista dans cette manœuvre, et bientôt il ramena au méat une épingle, non pas droite, mais recourbée comme la première. — Les suites de l'opération ont été des plus simples: perte de quelques gouttes de sang, un peu de difficulté pour uriner, et enfin guérison complète.

En résumé, deux épingles, longues de 5 centimètres 1/2, recourbées en forme d'hameçon, introduites dans l'urètre chez un jeune homme, et arrêtées l'une dans la partie pénienne, l'autre dans la partie périnéale, la courbure tournée vers la vessie, ont été retirées par une manœuvre qui a consisté à pousser une sonde au delà du corps étranger, à faire basculer celui-ci et à le ramener à cheval sur la sonde, dont le bec était maintenu appuyé sur la paroi du canal. (*Soc. de méd. du dép. de la Seine*, 15 juillet.)

De l'emploi du nitrate de plomb dans le traitement de l'onyxis. L'onyxis devient parfois une affection excessivement rebelle chez les enfants scrofuleux.

Cette douloureuse affection peut se prolonger pendant des mois, pendant un temps infini; malgré l'emploi des topiques les plus divers, elle s'aggrave quelquefois au point de nécessiter l'amputation du doigt ou d'entraîner la mort du petit malade. C'est contre un mal aussi sérieux, que M. de Moerloose a découvert un remède aussi simple dans son application que sûr dans ses résultats. Il suffit de saupoudrer ces ulcères pendant quelques jours d'un peu de nitrate de plomb. Aucun cas, quelque rebelle qu'il se fût montré jusqu'alors, n'a résisté à cette médication.

Dans le courant de ce mois, deux cas se sont présentés successivement à l'Hôpital des enfants. Le premier se rencontrait chez une petite fille de trois ans. Il ne s'offrait pas sous la forme la plus grave; cependant, il avait été traité sans succès, pendant environ trois mois, par divers méde-

cins de la ville, et à la visite gratuite de l'hôpital civil.

Après qu'elle eût été pansée pendant quatre ou cinq jours par le nitrate de plomb, la plaie était tellement modifiée, que les parents de la petite malade la considérèrent comme guérie, et ne voulurent pas la laisser plus longtemps à l'hôpital.

Le second cas était celui d'un garçon de neuf ans: phalangette du doigt boursouflée, globuleuse, doublée de volume, surface unguéale couverte de bourgeons charnus, mous, que nul topique ne parvenait à déprimer, et parsemée de débris de tissu corné; suppuration abondante fétide, etc., etc. Cette affection datait de sept mois et avait vainement été soignée par un médecin de la ville. Le pansement avec le nitrate de plomb a été employé pendant huit jours et le doigt était presque guéri : il ne restait plus qu'un petit point ulcéreux, grand comme une tête d'épingle.

En présence de pareils résultats, l'introduction de cet agent dans la thérapeutique chirurgicale nous paraît un véritable bienfait. (*Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand*, janvier 1865.)

VARIÉTÉS.

Cas d'empoisonnement dus au tabac appliqué sur la peau.

Bien que la communication faite par M. Cl. Bernard au nom de M. Gallavardin (séance de l'Académie des sciences du 1er août 1864) ait prouvé que l'empoisonnement par des feuilles de tabac appliquées sur la peau n'est pas aussi rare que le croyait M. Namias (communication de M. Cl. Bernard au nom de M. Namias, séance du 11 juillet 1864), nous pensons que les faits suivants ne sont pas dénués d'intérêt pour nos confrères.

Le tabac, introduit dans l'Inde vers 1605, y est actuellement, comme on le sait, d'un usage général. Non-seulement il est fumé, prisé et constitue l'un des ingrédients de mastication connus sous le nom de *bétel* (1), mais il a pris rang parmi la matière médicale. Dans le pays Tamoul, les *vaïtians* ou médecins natifs, sans s'occuper de préciser leur diagnostic, prescrivent l'application de feuilles de tabac contre *toutes les tumeurs scrotales*. Cette pratique détermine assez souvent des accidents, comme le montrent les deux faits suivants :

I. Un jeune homme que je traitais pour une orchite blennorrhagique me fit un jour appeler en toute hâte; il était pâle, couvert d'une sueur froide, dans un état syncopal des plus pénibles; le pouls, petit, était d'une fréquence extrême. Sachant qu'il était atteint d'orchite et connaissant les pratiques médicales du pays, je lui dis immédiatement qu'il avait dû recourir au traitement d'un médecin natif et faire des applications de feuilles fraîches de tabac sur la tumeur du scrotum; je ne m'étais pas trompé, et je combattis les accidents, qui ne tardèrent pas à se dissiper.

II. Le palefrenier d'un de mes amis est pris subitement de vomissements, de diarrhée, de sueurs froides, de lipothymies; son pouls est misérable; on le croit atteint du choléra. Appelé près de lui précipitamment, je reconnais bien une

(1) Le bétel est *souvent* l'occasion d'empoisonnement chez de très-jeunes enfants. Toute nourrice, toute servante d'enfants reçoit chaque jour sa provision de bétel (feuille de *piper bétel*, noix d'arec, chaux et tabac) qui est renfermée dans un petit sac spécial que ces femmes abandonnent souvent entre les mains des enfants. Soit par imitation, soit par suite de cette tendance qu'ont les enfants de tout porter à la bouche, il n'est pas rare qu'ils avalent des noix d'arec (mon rapport de 1856 relate un cas de ce genre) ou des fragments de feuilles de tabac. J'ai eu à donner des soins à un jeune enfant qui fut en danger et finit par rejeter la nervure médiane d'une feuille de tabac.

partie des symptômes de cette terrible maladie, mais il manquait à leur ensemble plusieurs traits essentiels. Je songeai à la possibilité d'un empoisonnement; j'interroge dans ce sens le malade, et j'apprends que, depuis deux jours, le médecin natif lui fait des applications de feuilles fraîches de tabac pour le traiter d'une hydrocèle. Du thé punché laudanisé amène une amélioration prompte.

L'observation suivante montre avec quelle facilité des lotions faites avec une macération de feuilles de tabac peuvent déterminer des accidents graves.

III. P***, âgé de trente ans, petit, maigre, à peau très-blanche et très-fine, sert à bord du brick l'*Adonis* en qualité de maître d'hôtel des officiers. Il est très-sobre et d'une bonne santé. Nous allions quitter la rade de Callao pour rentrer en France, quand il s'aperçoit qu'il a des poux sous les aisselles. Craignant des reproches, il n'ose venir me demander de l'onguent mercuriel et va prendre conseil d'un vieux quartier-maître calier qui passait dans l'équipage pur savoir une foule de bonnes recettes. Il lui recommanda de mettre à tremper une forte chique avec un morceau de savon, pendant une nuit, dans un *demi-quart* d'eau, et, au branle-bas, de se laver les aisselles avec ce liquide. P***, le lendemain matin, après avoir servi le déjeuner, descend à terre pour laver son linge, et fait alors plusieurs lotions sous les aisselles avec la macération indiquée par le quartier-maître. On le ramène peu de temps après à bord dans l'état le plus alarmant; il est d'une pâleur effrayante; la peau est froide, le pouls misérable; il présente un état de défaillance continuel. Il a vomi des aliments et a eu de nombreuses garde-robes. Je l'interroge en vain: il n'a mangé que la desserte de la table des officiers et n'a rien bu à terre. Comme il était occupé à laver, peu de temps après un repas, les pieds plongés dans une eau froide et courante, la tête exposée aux rayons du soleil, je diagnostiquai une insolation compliquée d'indigestion, et fis de la médecine de symptômes.

Quelques mois après, le brick étant sur le point d'atterrir, je suis appelé près de P***, que je trouvai exactement dans le même état où je l'avais vu au moment de quitter le Callao. Il n'y a plus de doute: à cette époque il avait été empoisonné comme il l'est encore cette fois. Les interrogations les plus minutieuses n'amènent aucune réponse qui puisse m'éclairer; il faut que je menace le malade d'un danger de mort prochaine s'il ne m'avoue pas ce qui a pu donner lieu à la reproduction des accidents qu'il avait eus déjà sur rade de Callao. C'est alors qu'il me raconte que, ne voulant pas rentrer chez lui avec de la vermine, et ne se doutant pas que, la première fois, les accidents qu'il avait éprouvés eussent été dus au remède indiqué par le calier, il en avait fait usage une seconde fois. L'emploi de préparations opiacées ne tarda pas à le tirer d'une situation qui n'était pas sans danger.

La connaissance de ces faits peut, à un moment donné, être fort utile pour établir un diagnostic et fournir des indications curatives précises.

Dr Collas,
Premier médecin en chef à l'île de la Réunion.

(*Arch. de médecine navale.*)

Deuxième prix Riberi — Programme.

Pour le concours au deuxième prix de 20,000 francs institué par le commandeur professeur Alexandre Riberi, l'Académie royale de médecine de Turin, pour les années 1865-1866-1867, a décrété ce qui suit :

1. On admettra au concours tous les ouvrages de *médecine opératoire* publiés

pour la première fois pendant les trois années du concours ou manuscrits.

2. Les ouvrages seront écrits en italien, en français ou en latin; quant aux ouvrages imprimés, on devra en envoyer deux cmplaires.

3. L'auteur d'un ouvrage manuscrit pourra faire connaître son nom ou le cachet. Dans ce dernier cas, son nom devra être écrit dans un billet cacheté et répété dans le manuscrit.

4. Les ouvrages seront envoyés sans frais à l'Académie pendant les trois années, c'est-à-dire avant le 31 décembre 1867. Les ouvrages indiqueront les points les plus importants sur lesquels ils désirent de fixer davantage l'attention de l'Académie.

5. Les mémoires ou livres imprimés demeureront propriété de l'Académie. Quant aux manuscrits, l'auteur pourra, en se faisant connaître au bureau de la présidence, en faire tirer une copie à ses frais.

6. Une Commission de l'Académie examinera les ouvrages présentés et fera son rapport.

7. L'Académie fera tout son possible pour prononcer son jugement dans les premiers six mois qui suivront la clôture du concours (31 décembre 1867).

8. Tous ceux qui auront pris ou qui ont l'intention de prendre part, en quelque manière que ce soit, au jugement dont il s'agit, sont exclus du concours.

9. Le rapport de la Commission et le jugement de l'Académie seront publiés dans son journal et consignés dans ses actes.

(Tous les journalistes italiens et étrangers sont priés de donner la plus grande publicité au présent programme.)

Démarchi, président de l'Académie.
Zambianchi, secrétaire général.

Nota. L'Académie doit décerner le prix des années 1862-1863-1864. Les ouvrages qui ont été présentés sont au nombre de 63, dont une grande partie imprimés.

La séance générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine a eu lieu le dimanche 29 janvier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le président, M. Velpeau, et les deux vice-présidents, MM. Barth et Nélaton, ont été réélus.

Il résulte du compte rendu que, pendant l'année 1864, la Société a dépensé en secours la somme de 15,725 francs qui se répartissent de la façon suivante :

Sommes allouées à sept sociétaires..................	4,050 francs.
Sommes allouées à dix-sept veuves ou enfants de sociétaires..	10,080 —
Secours à dix-sept personnes étrangères à l'Association.	1,595 —

Ces chiffres plaident éloquemment en faveur de l'utilité de l'œuvre.

Le bureau de la Société de médecine d'Alger est ainsi composé pour l'année 1865 :

Président, M. Jules Périer; 1er vice-président, M. Vincent; 2e vice-président, M. Alcantara; secrétaire général, M. Gros; secrétaire des séances, M. Ed. Bruch; trésorier archiviste, M. Collardot.

C'est avec la plus pénible émotion que nous avons appris la mort du docteur A. Lemarchand, de Landernau, âgé de vingt-huit ans. Pendant son internat dans les hôpitaux de Paris, il s'était acquis, par ses brillantes qualités et l'aménité de son caractère, l'amitié de ses maîtres et de tous ses collègues. Il était allé depuis peu succéder à son père, médecin des plus honorables, qui venait d'emporter dans la tombe l'estime de tous ses concitoyens, lorsqu'une fièvre typhoïde l'a enlevé en quelques jours.

Puissent les regrets de tous ceux qui l'ont connu adoucir l'affliction d'une famille si cruellement frappée.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur l'emploi interne de l'alcool à hautes doses dans les phlegmasies et dans les maladies fébriles.

Par M. le professeur BÉHIER.

Dans ces derniers temps, en Angleterre, une école s'est formée à la tête de laquelle était Robert Bentley Todd, et qui professe que l'alcool et les préparations qui en dérivent sont les meilleurs moyens de traitement à opposer aux phlegmasies et aux maladies fébriles, quelles que soient leurs formes. Cette école, que l'on a présentée comme une sorte de continuatrice de la doctrine de Brown, ne se rallie cependant pas complétement aux idées de ce dernier auteur. Brown, dont la lecture est loin, selon moi, d'être fructueuse et intéressante, admettait, comme on le sait, deux ordres de maladies différentes : les maladies sthéniques et les maladies asthéniques. L'école anglaise moderne, si je puis l'appeler ainsi, n'a pas le même point de départ. Elle repousse formellement cette dichotomie (Todd, p. 8), et considère principalement non pas la maladie et son influence sthénique ou asthénique, mais bien l'individu malade et son plus ou moins de résistance.

En effet, les conclusions auxquelles arrive Todd (*Clinical Lectures on certain Acute Diseases;* Lond., 1860) peuvent être, pour ce qui est du point de vue thérapeutique, résumées par les propositions suivantes :

1° L'idée si longtemps dominante dans les écoles, à savoir qu'une maladie aiguë peut être prévenue ou guérie par des moyens qui dépriment et réduisent les forces vitale et nerveuse est tout à fait trompeuse.

2° Une maladie aiguë ne peut être guérie par l'influence directe d'aucune forme de médicament ou par aucun agent thérapeutique connu, sauf le cas où ceux-ci sont capables d'agir comme un antidote ou de neutraliser un poison dont la présence dans l'économie produit la maladie (*materies morbi*).

3° La maladie guérit par une évolution naturelle, pour le développement complet de laquelle le pouvoir vital doit être soutenu. Les remèdes, soit sous forme de médicaments exerçant une action physiologique spéciale sur l'économie, soit sous toute autre forme, ne sont utiles qu'autant qu'ils peuvent exciter, assister ou provoquer cette évolution naturelle, curative.

4° Le but du médecin (après avoir étudié soigneusement l'his-

toire clinique de la maladie et s'être rendu maître du diagnostic) doit être de rechercher minutieusement la nature intime de ces processus curateurs, — leur physiologie pour ainsi dire, — de découvrir les meilleurs moyens de les favoriser, de rechercher des antidotes pour les poisons morbides, et de déterminer les méthodes les meilleures et les plus convenables pour soutenir la force vitale.

Comme on le voit, il s'agit surtout de trouver le moyen de soutenir l'économie assez longtemps pour que la maladie suive son cours, lequel doit aboutir à la guérison. C'est cette indication que l'alcool potable est chargé de remplir. Todd a étayé sa théorie par l'étude plus particulière de certaines maladies aiguës, qui sont le rhumatisme, ou, comme il le dit, la fièvre rhumatismale (*rheumatic fever*), la fièvre continue, l'érysipèle, la pneumonie, la péricardite et l'endocardite, la pyohémie. Je ne rapporterai pas ici tous les moyens qu'il conseille pour favoriser ce mouvement éliminateur du *materies morbi ;* je me restreindrai au rôle qu'il assigne à l'alcool dans cette méthode thérapeutique, dont il ne se dissimule nullement l'étrangeté. « Je sais parfaitement, dit-il, en effet, que la doctrine que je recommande à votre adoption a de grandes chances d'être regardée par plusieurs comme extrêmement hétérodoxe, mais je crois que le nombre de ceux qui pensent ainsi va diminuant de jour en jour. »

Cette répulsion, que Todd prévoit et connaît, tient, comme il le remarque, à ce qu'on se préoccupe toujours des mauvais effets que l'abus des alcooliques produit sur la santé. Mais il en est tout autrement de leur usage prudent et scientifique, dans les maladies, et une différence essentielle sépare l'effet de 16 ou 20 onces de vin avalées en une heure ou deux avec d'autre nourriture, et celui d'une même quantité donnée avec soin, par doses successives d'une demi-once ou d'une once, dans une période de vingt-quatre heures.

L'alcool, donné convenablement, peut, selon Todd, être employé dans toutes les maladies où existe une tendance à la dépression des forces vitales, et il pense qu'il n'y a pas de maladie aiguë dans laquelle cette tendance fasse défaut. L'alcool serait donc, comme il le dit, le remède capital dans les maladies aiguës. Il fait encore remarquer que, pour accomplir les actes organiques qui doivent réparer les désordres qu'entraîne une inflammation, celle du poumon, par exemple, il faut « une dépense considérable de force nerveuse et de sang, » ce pourquoi on doit fournir à l'économie un genre de nourriture qui soit à la fois d'une assimilation facile, qui soit ca-

pable de soutenir la force nerveuse et de maintenir la chaleur animale. Tel serait l'alcool, qui est assimilé, selon Todd, le plus facilement du monde, par un simple acte d'endosmose, qui exerce une influence particulière sur le système nerveux, et qui, par sa combinaison avec l'oxygène dans le corps, fournit du combustible pour le maintien de la température animale. Quand il est donné en trop grande quantité à la fois, il sort du corps en nature; mais, quand sa dose est limitée et proportionnée aux vrais besoins de l'économie, il se transforme en acide carbonique et en eau, et active la sécrétion du poumon, de la peau et des reins. Le succès de l'emploi de l'alcool dans le traitement des maladies dépend beaucoup du mode d'administration. Cette différence d'action selon le mode d'administration et selon le fractionnement des doses, peut être observée pour beaucoup d'autres médicaments, et notamment pour l'opium.

Selon M. Anstie, qui a étudié avec soin ces questions, l'alcool à doses fractionnées (le seul mode d'administration qui doive nous occuper ici) produirait les effets suivants (Francis Anstie, *The alcohol question* (*Lond. med. Review*, février et mars 1862). — *Alcohol is it food, medicine, or poison?* (*Cornhill Magazine*, juin 1862.) — *Does alcohol act as food?* (*Ibid.*, sept. 1862). Le pouls prend de la force, mais il ne s'accélère pas, à moins qu'il ne fût préalablement d'une lenteur anomale; la température de la peau devient convenable, sans rougeur de la face. L'activité du cerveau est accrue; le sentiment de fatigue et la tendance aux convulsions diminuent. Tous ces symptômes indiquent que le cerveau, la moelle et les ganglions du grand sympathique ont été stimulés, et que leur circulation a été activée. Ces effets cessent après un certain temps, et laissent l'organisme dans l'état où il était avant l'administration de ces doses, sauf le cas où il y aurait eu antérieurement dépression morbide, car, alors, cette dernière est diminuée.

L'eau-de-vie ou tout autre spiritueux analogue sera donc prescrit avec certaines précautions. On en prescrira, par exemple, une cuillerée à thé ou à soupe, délayée avec de l'eau, toutes les heures, ou toutes les deux ou trois heures, selon la nature de la maladie et l'état actuel du malade.

L'alcool, ainsi administré, calme le système nerveux, provoque un sommeil paisible, dont le malade peut facilement être tiré, et conjure le délire.

Todd pose encore beaucoup d'autres indications, prescrit plusieurs autres précautions. Il indique aussi plusieurs avantages de

l'emploi méthodique de l'alcool, insistant surtout sur l'action nutritive de cette substance, et sur sa puissance bienfaisante contre le délire.

Plusieurs auteurs ont partagé les opinions émises par Todd. Plusieurs autres les ont, non pas entièrement combattues, mais en ont attaqué l'exagération et ont contesté la théorie qui leur sert de base. Ainsi, tandis que M. Anstic (*loc. cit.*); — Brinton (*the Lancet*, 1857), *Pneumonie et pleurésie double compliquée de pneumonie, traitées par l'eau-de-vie au Royal free hospital*; — Kirkes, *the Lancet*, 4 août 1860), *Du vin dans la pneumonie*; — John Pursell (de Brighton), *British med. Journal*, 1860. *Ext. in Gaz. méd. de Paris*, 1860, n° 38, p. 587, qui l'a aussi appliqué aux affections cérébrales, et *On the treatment of pneumonia* (*American medical Times*, avril 11, 1861); — M. Austin Flint, *Clinical reports on pneumonia based on an Analysis of* 133 *cases* (*North American med. chir. Rev.*, mars 1861); — le docteur Inman, *Foundation of a new theory and practice of medicine*. Lond, 1860; — Le même, *Is Alcohol food?* (*British med. Journ.* 4 oct. 1862); — M. Lionel Beale, *British. med. Journ.*, 25 janv. 1862, 4 juill. 1863 et 10 octobre 1863), acceptent les idées de Todd, et en particulier cette opinion que l'alcool est un aliment; MM. Marcet, *An Experimental inquiry into the action of Alcohol on the nervous system*, Lond. 1860; Edw. Smith, *The action of tea and alcohol contrasted* (*Dublin med. Press*, 25 juill. 1860); Tweedie, *On the use of stimulants in the treatment of continued fever* (*the Lancet*, 16 juin 1860); M. T. Gairdner, *Clinical Medicine*, 1862; Eward Smith, *On the action of Alcohol* (*Journ. of the Soc. of arts*, 18 janv. 1862); Murchison, *Treatise on continued fevers*, Londres, 1862, insistent pour refuser toute qualité alimentaire à l'alcool, qui serait alors seulement un stimulant, et pour repousser tout emploi absolu et systématique de cet agent dans les maladies où Todd et ses élèves l'ont prescrit. Ils s'élèvent surtout contre ce précepte de Todd, que, si l'action des préparations alcooliques semble mal réussir, il faut en augmenter les doses, et qu'il y a plus à craindre dans l'emploi de ce moyen de rester en deçà que d'aller au delà. Plusieurs d'entre eux cependant, Murchison, en particulier, tout en pensant que l'alcool n'est pas un aliment véritable, admettent comme démontré qu'il empêche la déperdition que pourraient subir les tissus, ce que Bocker, *Beitrage zur Heilkunde*, etc., et, depuis, M. Perrin, *Gaz. des hôpitaux*, 9 août 1864, appellent diminuer la dépense, et ce qui, on en conviendra, se

rapproche bien un peu, quoique indirectement, du rôle d'un aliment comme le comprenait Todd, que Murchison combat, après avoir été partisan de ses opinions. Au reste, tout en repoussant ce que ces auteurs considèrent chez Todd comme des abus, ils admettent parfaitement l'usage du moyen à titre d'excitant utile, et ils le recommandent des premiers.

Sans vouloir le moins du monde examiner la question au point de vue qui fait, en Angleterre, l'objet du débat, savoir la valeur alimentaire de l'alcool, question que vient tout récemment de reprendre M. Perrin, j'ai cherché à me rendre compte de la valeur pratique de la méthode proposée par Todd. Depuis longtemps je suis convaincu que rien n'est plus sensé que cette opinion de Kaltenbrunner qu'il faut à l'économie une certaine somme de force et de résistance pour arriver à résoudre une phlegmasie, et la théorie de Todd n'est, à vrai dire, qu'une formule de la même idée. Les signes qui traduisent chez lui cette formule sont un peu insolites, assurément, mais ils n'en sont, par cela même, que plus expressifs. Du reste, si la théorie de Todd est nouvelle, il faut bien savoir que les faits sur lesquels elle s'appuie ne sont pas nouveaux, et que l'emploi de l'alcool dans les fièvres et dans les maladies aiguës n'est pas d'invention aussi récente qu'on pourrait le croire. Ainsi Lanzoni a rapporté l'histoire d'un soldat qui, atteint d'une douleur violente au niveau du mamelon gauche, avec dyspnée, toux, fièvre violente, état qui avait résisté à deux saignées, but un litre d'esprit-de-vin, et fut pris des accidents de l'ivresse et d'une sueur profuse. La maladie que l'auteur appelle une pleurésie était guérie le lendemain. Le diagnostic de ce cas laisse peut-être à désirer; mais, cependant, le mouvement fébrile, la toux, la dyspnée, le siége de la douleur, paraissent légitimer un peu le titre *pleurésie* qu'a adopté l'auteur (*loc. cit.*, cent. II, an. X, p. 223). Schelhammer raconte également qu'en 1690, les paysans d'un bourg voisin se guérissaient d'une pneumonie, qui régnait épidémiquement, en buvant de l'eau-de-vie. Il remarqua seulement que la maladie avait, chez eux, une durée plus longue que chez ceux qui étaient traités par les autres moyens médicaux (*Eph. des cur. de la nat.*, dec. II, an. VIII, p. 408; Scholion).

J. P. Albrecht a raconté assez spirituellement l'histoire d'un individu qui, buvant habituellement de l'eau-de-vie, fut atteint de fièvre maligne grave, avec délire, qu'aucun remède ne put modifier. Le malade demandait de l'eau-de-vie avec une telle instance, que, tout en craignant de se compromettre, Albrecht en permit un peu.

Mais le malade, s'emparant de la bouteille après le départ du médecin, but 10 onces d'eau-de-vie, s'endormit aussitôt (lui qui depuis plusieurs jours n'avait pu avoir un instant de sommeil), et fut pris d'une sueur profuse. Le lendemain, à son réveil, le mieux était sensible, le pouls était moins fréquent, le délire avait cessé, et, quatre ou cinq jours après, ce malade, qui, selon l'expression de l'auteur, avait déjà un pied dans la barque à Caron, était complétement guéri (*loc. cit.*, p. 416). Albrecht cite, à la suite de ce fait, des observations analogues; et, dans les commentaires qu'il y joint, il signale aussi l'action énergiquement sudorifique de cet agent et son influence puissante pour calmer le délire. Gottwald, qu'il mentionne, employait l'eau-de-vie dans les maladies très-aiguës; Sachsius (*Ampelograp.*, sec. VII, cap. II, p. 299), Fonseca s'en servaient également dans les fièvres graves, et Screta (*De feb. castrens. maligna*, sec. III, cap. I, §.2, 288) y joignait le camphre dans les fièvres très-aiguës. Enfin, J. L. Hannemann (*loc. cit.*, déc. II, an II, p. 97) a vu aussi une jeune fille atteinte de fièvre ardente guérir après avoir bu une forte proportion de *vin brûlé;* elle fut prise de sommeil et d'une sueur très-abondante. Ces faits divers, comme on le voit, sont tout à fait semblables aux observations de Todd; l'action sudorifique, l'influence calmante sur le délire y sont mentionnées et signalées tout particulièrement.

Depuis longues années, même avant le travail de Stokes (*the Dublin Journal of med. scienc.*, 1839), j'ai, quant à moi, employé, à doses assez généreuses, le vin dans le traitement des fièvres typhoïdes et d'autres maladies aiguës, comme le fait M. le professeur Monneret (*De l'emploi du vin dans le traitement de la fièvre typhoïde;* F. Bricheteau, *in Journ. des Conn. méd.-chir.*, 1862, p. 485). Mon but était de soutenir les forces de l'économie et de l'élever au niveau de la tâche qu'elle avait à remplir. Partant de cette idée, la doctrine de Todd m'a semblé curieuse à expérimenter, et depuis deux ans (1862), j'ai appliqué à quarante-cinq malades le traitement de Todd. Sur ce nombre, trente-quatre étaient atteints de pneumonie. Vingt-sept ont guéri. Les sept malades qui ont succombé ne doivent guère être mis à la charge du traitement; car, au moment de l'entrée, ils étaient dans un état déjà fort grave, et, deux fois, l'hépatisation était arrivée au troisième degré, et trois fois la pneumonie s'était déclarée chez des phthisiques déjà parvenus à la deuxième période. Enfin, le sixième malade était atteint d'une bronchite généralisée et de diarrhée, en même temps que de sa pneumonie, parvenue à l'état d'hépatisation rouge fort étendue, et

se rapprochant de l'aspect de l'hépatisation grise sur certains points.

Parmi les autres malades, dix offraient surtout des formes ataxo-adynamiques très-graves. J'ai donné ailleurs (Conférences cliniques faites à la Pitié, 1861, 1862) le détail de plusieurs de ces observations que je ne saurais reproduire ici. Comme Todd, j'ai vu l'alcool faire cesser le délire, faire tomber le pouls, abaisser la respiration et déterminer souvent une transpiration abondante, malgré laquelle les forces se relevaient. Jamais je n'ai observé le moindre signe d'ivresse. Voici comment le moyen était administré : 80 à 120 grammes ou même 150, 200 et même 300 grammes d'eau-de-vie ordinaire (20° de Baumé ou 56° de Gay-Lussac) étaient étendus de 80 à 120 grammes d'eau édulcorée. Une cuillerée de cette potion était donnée toutes les deux heures aux malades, qui ne savaient pas ce qu'ils prenaient, car le moyen était désigné sous le nom de potion de Todd. Chez huit de ces malades j'ai prescrit, concurremment avec l'eau-de-vie, l'acétate d'ammoniaque à la dose de 8 à 12 grammes, dans une potion de 150 grammes. Une cuillerée à bouche de cette potion était administrée de deux en deux heures, en alternant avec la potion alcoolique, de façon que chaque heure le malade prenait une cuillerée de l'un, puis de l'autre médicament. Chez le reste des malades, la potion alcoolique a été administrée seule. Aucune indication spéciale n'existait dans aucun de ces cas pour adopter ou pour repousser ce traitement combiné. J'ai seulement, en agissant ainsi, cherché à varier les conditions de l'expérimentation, et je n'ai, je dois le dire, observé aucune influence bien notable de l'addition ou de l'absence de l'acétate d'ammoniaque, médicament qui, cependant, m'a donné ailleurs d'excellents résultats dans certains exemples de pneumonies secondaires fort graves.

Il n'est pas douteux pour moi, d'après les faits que j'ai recueillis, que l'eau-de-vie a puissamment contribué à sauver plusieurs des malades si gravement atteints chez lesquels je l'ai employée. On sait de quel danger est la pneumonie chez des sujets de soixante-six, soixante-huit, soixante-neuf et soixante-dix-sept ans, quand elle est étendue et qu'elle s'accompagne de prostration profonde et de délire. Plusieurs des cas dans lesquels j'ai appliqué ce traitement étaient désespérés, et il convient de remarquer que pas un de ces malades graves n'était un buveur de profession ; autrement ces faits rentreraient, pour une part, dans ceux dont Chomel a tracé les indications avec tant de finesse et de sagacité. Je crois donc, et c'est une opinion qu'ont partagée tous ceux qui m'entouraient chaque matin, que, dans ces exemples, l'eau-de-vie, largement maniée

et aidée de bouillons, de laits de poule, et promptement de potages ou d'autres aliments légers, a été d'une efficacité incontestable, et qu'elle a relevé l'économie au niveau du travail qu'elle devait accomplir. Mais les faits ne m'ont pas conduit à pouvoir accepter comme traitement systématiquement unique de la pneumonie l'ensemble thérapeutique que j'ai appliqué, d'après Todd, aux malades dont je viens de résumer l'histoire. Beaucoup d'entre ceux que j'ai ainsi traités avec succès étaient d'un âge avancé. C'est là une condition toute spéciale. J'en trouve, cependant, qui n'étaient âgés que de vingt et un, vingt-trois, vingt-six, trente et trente-trois ans. Il y a là encore matière à une expérimentation à laquelle j'offre pour élément les faits que j'ai observés, et dont plusieurs avaient revêtu la forme simple et inflammatoire, mais sans grand éclat symptomatique.

De tout ceci il résulte seulement pour moi que l'emploi des excitants n'est pas toujours aussi dangereux qu'on pourrait le croire;

Que, bien qu'il nuise lorsqu'il est pris avec abus et en grande quantité à la fois, l'alcool potable n'est pas nécessairement dangereux quand il est bien manié et prescrit par doses fractionnées ;

Que le soutien qu'il donne au système nerveux, très-notablement relevé par son emploi méthodique, fait cesser très-rapidement le délire qui existe dans les affections aiguës, et cette influence de l'alcool, comme on peut le remarquer, change notablement la signification pathologique du délire observé en pareil cas, et le rapproche beaucoup de la forme dite nerveuse, tandis qu'elle éloigne l'idée d'une phlegmasie méningée encéphalique ;

Que nul effet grave ne résulte de cette pratique, laquelle, au contraire, soutient les forces des malades, empêche l'amaigrissement, et hâte la convalescence. M. Jordao a publié (*Gaz. med. de Lisboa*, 1861) un fait heureux de même nature. Le lecteur trouvera encore des renseignements et une critique assez peu fondée de cette méthode dans une analyse faite par *l'Union médicale* d'un article que M. le professeur Ch. Martins a publié sur la méthode de Todd, dans le *Deutsche Klinick*, 1855, n° 44 (Strolh, *Union médicale*, 1855, p. 71, numéro 17). Les faits que j'ai vus prouvent que les estomacs français sont plus tolérants que ne le suppose l'auteur de cette analyse critique.

J'ai tenté cinq fois le traitement de Todd dans une fièvre typhoïde, et, moins heureux que M. Tweedie (*loc. cit.*), je n'en ai obtenu aucun bon effet ; il est vrai que les formes étaient très-graves et la maladie déjà fort ancienne. Mais, dans quatre érysi-

pèles de la face, les mêmes moyens ont arrêté presque instantanément trois fois le délire que l'opium n'avait pu calmer, et les malades ont guéri. Chez le quatrième le moyen a échoué. J'ai également tenté l'emploi de l'alcool dans quatre cas de rhumatisme articulaire. Le premier était très-simple et subaigu, 120 grammes d'eau-de-vie administrés chaque jour ont très-promptement calmé les douleurs. Les deux autres exemples offraient des complications : l'un du côté de l'endocarde et du péricarde, avec délire assez intense, et qui, ayant résisté au musc et à l'opium, cessa brusquemement par l'administration de 150 grammes d'eau-de-vie en doses fractionnées ; le malade guérit. L'autre individu atteint, concurremment avec son rhumatisme articulaire, d'un double épanchement pleurétique, subit un amendement très-prompt par l'usage quotidien de 120 à 200 grammes d'eau-de-vie. L'effet le plus marqué de l'emploi de la médication dans ce dernier cas fut l'abaissement très-rapide du pouls, qui de 128 pulsations tomba à 88 ou 90, dès le premier jour de ce traitement ; le malade guérit également. Quant au quatrième, l'alcool est resté sans effet immédiat bien marqué, et la maladie a continué sa marche.

Pour finir ce qui a trait à ces essais thérapeutiques sur l'alcool, je dois citer l'observation que j'ai recueillie d'une femme qui, au troisième jour de sa couche, avait été prise de frissons, lesquels continuaient, malgré le sulfate de quinine, jusqu'au quatorzième jour. Ce matin-là, à la visite, nous la trouvâmes en proie à un de ces frissons violents qui font trembler le lit des malades. La face, terreuse, jaunâtre, était profondément décomposée. Le pronostic le plus fâcheux devait être porté. 100 grammes d'eau-de-vie administrés, selon la formule que j'ai indiquée plus haut, firent cesser le frisson et tomber la fièvre. Le moyen fut continué. A peine çà et là quelques frissons parurent-ils encore, à intervalles irréguliers ; les forces revinrent, et tout finit par l'ouverture d'un vaste phlegmon dans le rectum. La guérison fut complète et pleinement inespérée.

Je n'oserais intituler cette observation pyohémie, comme celles dans lesquelles Todd a signalé l'utilité de l'eau-de-vie. La présence d'un abcès et l'issue favorable me rendent nécessairement circonspect quant à ce diagnostic, d'autant plus que notre excellent maître le professeur Velpeau m'a dit avoir essayé fréquemment, et toujours sans succès, l'alcool dans l'infection purulente. Mais ce que je puis affirmer, c'est l'extrême gravité de l'état que présentait cette femme, et le triste pronostic que nous avions posé au mo-

ment où je prescrivis l'alcool sans aucune espèce d'espoir de succès.

Tels sont les résultats que m'a donnés l'expérimentation de la méthode préconisée par Robert Bentley Todd. Comme on a pu le voir, bon nombre de faits sont assez encourageants. J'y pourrais joindre deux ou trois observations du même genre qui m'ont été communiquées par d'anciens élèves de mon service devenus praticiens. Je n'en veux tirer, quant à présent, d'autre conclusion que celle-ci : que les préparations alcooliques, méthodiquement administrées, sont d'un usage beaucoup plus facile et beaucoup plus innocent que l'on est généralement porté à le croire dans ce pays-ci, qu'elles constituent souvent pour le praticien une ressource précieuse, et qu'on peut les employer à doses assez larges, pourvu que ces doses restent fractionnées.

Considérations pratiques sur le traitement de la syphilis infantile (¹).

Par M. Henri Roger, médecin de l'hôpital des Enfants, membre de l'Académie impériale de médecine.

La thérapeutique présente des ressources nombreuses contre la syphilis infantile. Je n'essayerai pas de tracer d'une manière dogmatique le *traitement* complet de cette affection ; je vais seulement passer rapidement en revue quelques-unes des questions qui s'y rattachent ; je vais poser ces questions et essayer de les résoudre pratiquement en peu de mots.

Un enfant naît avec la syphilis : faut-il commencer aussitôt le traitement spécifique ? — La réponse à cette question dépend du degré de gravité du mal : quand celui-ci a altéré profondément l'économie (et c'est le cas ordinaire), lorsque les accidents sont urgents et que la vie est très-menacée, la médication mercurielle serait plus nuisible qu'utile ; il faut essayer de soutenir les forces et la calorification ; et pour cela, le lait, l'eau vineuse et l'enveloppement avec de la ouate sont les meilleurs remèdes à employer ; si, par hasard, l'on parvient à prolonger l'existence du petit patient, et si les symptômes qui pouvaient faire craindre des lésions viscérales viennent à s'amender, on pourra commencer le traitement mercuriel, externe d'abord. Mais, je le répète, cette amélioration n'est guère à espérer, et une issue funeste est la règle, pour ainsi dire sans exceptions.

(¹) Extrait d'une communication faite à la Société médicale des hôpitaux, reproduite d'après l'*Union médicale*.

Supposons maintenant qu'un enfant naisse sain, de père et mère syphilitiques : faut-il faire un *traitement préventif?* faut-il donner le mercure avant l'apparition des accidents? — Comme la syphilis ne doit point alors venir fatalement, surtout si les parents ont été traités, et comme il n'est pas sûr qu'on puisse, par la médication spécifique, en empêcher ni même en retarder l'explosion, il me paraît plus sage d'attendre le développement de la maladie pour agir.

Les accidents syphilitiques se sont développés : est-il convenable de commencer immédiatement la médication ou d'attendre encore? Quelques vieux auteurs, redoutant l'influence du mercure sur un organisme aussi frêle que celui de l'enfant, ont recommandé d'attendre quelques mois, et même bien davantage (1).

Il est évident que cette méthode est pernicieuse, surtout chez des enfants faibles, que la cachexie syphilitique rend facilement anémiques, et chez lesquels toute cause de débilitation peut amener le rachitisme et aussi les tubercules. Je crois, au contraire, qu'il y a tout avantage à s'adresser sans retard aux remèdes qui sont le plus capables d'arrêter les progrès de la maladie et d'en faire disparaître les manifestations. Car, chez certains sujets, la rapidité d'évolution de la syphilis est très-grande, et alors la complicatien de lésions viscérales est à craindre.

Il est bien peu de praticiens qui, pour combattre la syphilis de l'enfant, se fient uniquement au traitement indirect, c'est-à-dire au *traitement de la mère*, dans l'espérance que le mercure arrivera aux voies digestives si susceptibles du nouveau-né comme adoucí par le mélange avec le lait maternel. Il paraît que cette thérapeutique médiate était jadis très en usage à l'hôpital des syphilitiques de la rue de Vaugirard, et Doublet et Faguer, qui lui donnaient la préférence, ne doutaient point que le lait de la nourrice ne s'imprégnât de molécules mercurielles. Le fait est possible assurément, et même il aurait été démontré chimiquement par M. Personne, qui aurait constaté l'existence du mercure, à doses excessivement minimes, il est vrai, dans le lait d'une femme qui prenait tous les jours, depuis deux mois, 5 centigrammes de proto-iodure d'hydrargyre. Mais on comprend combien cette médication doit agir avec lenteur, et, malgré les succès invoqués par certains auteurs, je n'aurais

(1) M. Diday raconte que Gardanne, chargé en 1770, par le lieutenant de police, de dispenser aux enfants pauvres les médicaments, ne les donnait qu'à ceux qui avaient passé le douzième mois.

guère plus de confiance dans ce mode de traitement que dans l'administration, à défaut de lait de femme, du lait d'ânesse ou de chèvre mercurialisé par des frictions d'onguent napolitain sur le pis ou sur le ventre de l'animal [1]. On peut se demander néanmoins si ce traitement indirect par la nourrice ne doit pas être ajouté au traitement direct, c'est-à-dire à celui de l'enfant.

Ici, en effet, se présente une question très-difficile à trancher dans la pratique : un enfant est syphilitique : faut-il le faire allaiter par sa mère ou par une nourrice étrangère?

Si la mère est syphilitique elle-même, il y aura cet avantage qu'elle ne pourra pas être infectée par son nourrisson ; mais est-ce un lait bien sain que celui qu'elle pourra donner, lait qui, s'il n'est pas susceptible d'ajouter à la syphilis de l'enfant, est du moins séreux, pauvre en globules, et, par suite, peu nutritif? Si, au contraire, la mère est saine (ce qui, du reste, est beaucoup moins fréquent que le cas où elle est contaminée), ne va-t-elle pas être infectée par son nourrisson, et faut-il alors lui administrer le mercure, dans l'espoir de la préserver de la contagion?

La même question se pose pour la nourrice à laquelle il s'agit de confier un enfant infecté héréditairement. A une époque où l'on ne croyait pas à la transmissibilité des accidents secondaires, on confiait sans aucun scrupule un enfant syphilitique à une nourrice saine ; mais maintenant qu'on est éclairé sur la facilité avec laquelle la contagion se transmet du nourrisson à la nourrice, il n'est plus permis de cacher à celle-ci la nature véritable de la maladie de l'enfant ou du moins l'existence d'une maladie contagieuse, ni de croire sa conscience à l'abri en administrant à cette femme un traitement spécifique, qui, dans cette circonstance comme dans bien d'autres cas habituels, n'aurait sans doute aucune vertu prophylactique. Il est donc du devoir du médecin et des parents d'avertir la nourrice des chances qu'elle peut courir, et conséquemment il sera équitable de compenser ces chances par une rémunération plus forte, en même temps que le médecin prendra toutes les précautions possibles pour empêcher la contamination. Ces précautions, indépendamment du traitement général qui sera immédiatement administré à l'enfant, consisteront surtout en une surveillance attentive du sein de la nourrice et de la bouche du nouveau-né : si la muqueuse buc-

[1] Swediaur dit pourtant avoir heureusement appliqué ce moyen dans une famille régnante d'Europe, dont tous les enfants étaient morts très-jeunes, avant cette singulière intervention de la thérapeutique.

cale de celui-ci présente quelques lésions, on se hâtera de les combattre par des cautérisations; le mamelon de la nourrice sera lavé fréquemment avec des liquides astringents ou antiseptiques (alun, ratanhia, liqueur de Labarraque); ces lotions seront faites un peu de temps avant la tétée et immédiatement après. On pourrait aussi, momentanément du moins, protéger le mamelon par des bouts de sein, et dans tous les cas, si l'on y apercevait la moindre gerçure, on devrait faire cesser immédiatement la lactation.

La conduite du médecin sera exactement la même, dans le cas où une nourrice s'étant déjà chargée d'un nouveau-né qui présentait toutes les apparences de la santé, on verrait apparaître, après un temps d'allaitement plus ou moins long, les manifestations évidentes de la syphilis héréditaire. Il faudra encore avertir la nourrice en la retenant par une augmentation de salaire, prévenir (s'il se peut) la contagion par les moyens que nous venons d'indiquer, et si, malgré cela, la nourrice est infectée, lui administrer le traitement spécifique, qui agira aussi sur l'enfant, traité spécifiquement de son côté. Cette manière de faire est non-seulement humaine, mais encore elle est prudente, et plus d'une fois les tribunaux ont puni la trop grande discrétion des parents en leur faisant payer une forte indemnité pour la nourrice qui avait été infectée par leur faute. Le médecin ne doit pas oublier que, dans ce cas, sa propre responsabilité peut être mise en cause.

Alors même que le traitement indirect serait ainsi forcément appliqué, c'est dans la *médication directe* que l'on devra chercher les ressources les plus sûres et les plus promptes. Le nouveau-né supporte le plus souvent le traitement mercuriel avec une tolérance remarquable. Dans plus d'un cas, j'ai vu un nourrisson affecté de syphilis, qui était pâle, maigre, qui avait de la diarrhée, et auquel je donnais des préparations mercurielles malgré ces contre-indications apparentes, s'en trouver admirablement : en peu de jours la diarrhée diminuait, la nutrition se faisait mieux, et l'état général s'améliorait notablement.

Quelques pathologistes très-autorisés ont préconisé le *traitement externe*, à l'exclusion des médicaments pris à l'intérieur; les uns donnaient la préférence aux bains mercuriels; les autres, aux frictions pratiquées sur le thorax et sous les aisselles avec l'onguent mercuriel simple, à la dose de 1 à 2 grammes. M. Cullerier a préconisé beaucoup ces frictions ; il les faisait faire tous les deux jours, et, dans l'intervalle, on donnait des bains savonneux ou des bains de sublimé; il affirme n'avoir jamais vu d'érysipèle se développer

sous l'influence de ces frictions. — Mais il est difficile, par ce moyen, de se rendre compte de la quantité de mercure absorbée, de sorte que nous donnons de beaucoup la préférence au *traitement interne.*

Plus soucieux de guérir les petits malades avec un remède connu, que de leur administrer une préparation nouvelle, mais dont l'efficacité serait moins éprouvée, j'ai l'habitude de prescrire la liqueur de Van Swieten, à la dose d'une demi-cuillerée à une cuillerée à café par jour, mêlée au lait de la nourrice ou à du lait de vache; dans le cas où l'on craindrait que la composition de cette liqueur fût connue, on pourrait décorer du nom de *sirop dépuratif* un mélange que l'on ferait faire chez le pharmacien, et qui ne serait qu'une solution de bichlorure d'hydrargyre dans de l'eau pure ou distillée, avec addition d'un sirop varié suivant l'état des voies digestives, sirop simple ou astringent : le mélange serait formulé de manière que chaque cuillerée à café contînt 5 milligrammes de sublimé; on donne ainsi, chaque jour, de 2 à 5 milligrammes du médicament actif.

Il est avantageux d'ajouter à ce traitement, de deux en deux jours, des bains de sublimé, à la dose de 1 à 4 grammes par bain d'enfant, suivant l'âge du sujet, et surtout suivant que des troubles des voies digestives forceront de diminuer ou même de suspendre l'administration du remède à l'intérieur.

Ce traitement devra être continué pendant six à douze septenaires. Il devra être prolongé pendant un mois au moins au delà de la guérison.

Pour les accidents locaux, plaques muqueuses, coryza, altérations buccales, nous nous sommes servi avec avantage de poudres médicamenteuses (par exemple : poudre d'amidon et calomel au trentième, insufflée dans les narines ou appliquée sur les plaques muqueuses), de fumigations cinabrées, ou bien nous avons badigeonné l'intérieur de la bouche avec la liqueur de Van Swieten ou la liqueur de Labarraque étendue d'eau. — On devra, dans quelques cas de lésion buccale, cautériser avec le nitrate d'argent ou avec le nitrate acide de mercure.

Après quelques semaines de médication, si l'estomac paraît fatigué des préparations mercurielles, on peut leur substituer momentanément les préparations d'iodure de potassium, à la dose de 5 à 25 centigrammes par jour. Quelquefois, malgré l'amendement notable dans les accidents spécifiques, l'enfant devient anémique, et alors le sirop d'iodure de fer pourra remplacer avantageusement le sublimé.

Cette médication mercurielle m'a presque toujours réussi, et, dans certains cas, la guérison a été rapide ; ainsi elle a été obtenue en six semaines, en un mois, et même en quinze jours.

Deux petites filles, âgées maintenant l'une de neuf ans, l'autre de douze, qui avaient présenté, de deux à quatre semaines après la naissance, des accidents syphilitiques assez graves, furent guéries rapidement et radicalement par le traitement spécifique. Leur santé est restée excellente, au moins sous le rapport de la syphilis.

L'état de deux autres enfants a été rapidement modifié par le traitement mercuriel; quelques jours d'administration de la liqueur de Van Swieten, à la dose de 4 à 5 grammes, aidée de bains de sublimé, ont suffi pour effacer à peu près complétement les accidents secondaires chez l'un, et pour arrêter le développement des exostoses et des douleurs ostéocopes chez l'autre.

Chez les adultes, en raison de l'apparition quelquefois très-tardive des accidents tertiaires, et, conséquemment, de la menace toujours suspendue sur la tête des syphilitiques, alors même qu'ils paraissent le mieux guéris des lésions primaires et secondaires, on a pu mettre en doute la possibilité de la guérison radicale et définitive de la syphilis. Chez les jeunes sujets, au contraire, la rapidité de la disparition des lésions syphilitiques de la première et de la seconde période (quand elles sont combattues à temps par la médication mercurielle), et, d'autre part, la rareté des cas où l'on constate ultérieurement le développement d'accidents tertiaires, autorisent à conclure que la syphilis infantile peut être guérie complétement.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des hernies abdominales chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Les hernies abdominales, qui sont caractérisées par la sortie des viscères de l'abdomen à travers les ouvertures naturelles, s'observent presque aussi souvent dans l'enfance qu'aux autres âges, surtout dans les premiers mois de la vie.

Nous les avons rencontrées plus souvent chez les petits garçons que chez les petites filles.

Quelques faits nous autorisent à dire que cette affection peut être héréditaire. Mais, sans recourir à l'hérédité, il y a à noter chez les

enfants certaines conditions particulières qui peuvent expliquer le développement d'un nombre considérable de hernies. Ces causes résident, d'une part, dans la disposition des ouvertures, qui sont moins tendues, moins serrées que chez l'adulte, et d'une autre part dans le laisser-aller que les enfants mettent dans les efforts qu'ils font; en effet, l'enfant nouveau-né ou âgé seulement de quelques mois ne retient pas plus ses cris que ses besoins d'évacuer, et il pousse avec toutes ses forces, souvent en les exagérant le plus possible. Pour nous, ce sont là les causes principales des hernies chez les enfants; ce n'est pas qu'il y ait lieu d'exclure, chez eux, les causes qu'on observe chez les adultes; mais elles agissent bien moins fréquemment dans l'enfance, et en même temps elles sont bien moins appréciables.

Les parties constituantes de la hernie ne sont pas toujours les mêmes : nous avons vu la hernie formée par l'épiploon, l'intestin grêle, le gros intestin, l'appendice iléo-cœcal; nous avons vu, chez trois petites filles, l'ovaire faisant hernie par l'anneau inguinal et descendu dans la grande lèvre; les autres organes de l'abdomen peuvent aussi se présenter. En général, toutes ces hernies sont enveloppées d'un sac formé par le péritoine, si ce n'est dans le cas de hernie inguinale congéniale, où les organes déplacés descendent directement dans la tunique vaginale.

Les ouvertures par lesquelles se produisent les hernies chez les enfants sont d'abord, chez les plus jeunes, à la naissance, l'ouverture ombilicale, l'écartement de la ligne blanche; plus tard, et pourtant encore quelquefois à la naissance, l'anneau inguinal.

Les symptômes sont en général à peu près les mêmes que chez les adultes.

Examinons successivement la hernie ombilicale, celle de la ligne blanche, celle de l'anneau inguinal.

La hernie ombilicale s'observe à la naissance ou peu de jours après; elle peut reconnaître pour cause d'abord les cris de l'enfant et quelquefois le manque d'attention à soutenir le ventre avec le bandage de corps; quelquefois aussi le peu d'embonpoint et la faiblesse de l'enfant peuvent être cause de cette hernie.

On la reconnaît facilement : en examinant l'ombilic, on rencontre, soit par l'ouverture, soit un peu en dehors de l'ouverture, en bas ou en haut, une tumeur sans changement de couleur à la peau, ayant le volume d'une demi-noisette ou d'une noix, facile à réduire et faisant éprouver sous le doigt qui la presse un gargouillement notable. On la fait disparaître par la pression, et elle se montre de

nouveau dès qu'on lève le doigt; quelquefois l'enfant a des coliques; mais ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que la tumeur augmente par les cris.

Lorsque la hernie est peu volumineuse, il suffit de soutenir le ventre pour voir l'ouverture ombilicale se rétrécir et la tumeur diminuer promptement, surtout si l'enfant se fortifie et prend de l'embonpoint. Mais souvent elle tend à augmenter de volume et il est indiqué de la contenir à l'aide d'un bandage.

On en a imaginé de plusieurs espèces; mais le plus souvent ces bandages glissent, ne maintiennent pas la hernie et sont tout à fait insuffisants. Nous croyons, d'après ce que l'expérience nous a appris, qu'il convient de rejeter complétement les bandages à ressort, les plus simples, comme les plus compliqués; les ceintures avec des pelotes fixées sur leur milieu ne rendent pas plus de services. Nous pensons que le mieux est d'employer des bandes agglutinatives; aussi préférons-nous à tous les bandages l'application d'une simple demi-sphère en cire jaune ou en caoutchouc vulcanisé formant la pelote, qu'on fixe avec une longue bandelette de sparadrap diachylon gommé appliqué en forme de ceinture; elle fait une fois et demie le tour du corps et a une largeur de 4 centimètres environ; elle adhère à la peau et maintient facilement la hernie. Ce bandage simple, qui nous paraît supérieur à tous les autres et qu'on a toujours sous la main, doit être préparé avec soin. Il faut faire une demi-sphère avec de la cire jaune; pour cela, on ramollit la cire par la chaleur, et l'on en forme une espèce de bille qu'on coupe en deux. Cette demi-bille doit avoir un volume variable, suivant la dimension de l'ouverture de l'anneau sur lequel elle doit s'adapter de manière à exercer une compression; mais il est nécessaire qu'elle soit plus large que l'ouverture, dans laquelle elle ne doit pas entrer, car alors elle serait plus nuisible qu'utile.

Cette pelote, enveloppée d'un linge fin, doit être placée de telle sorte que sa convexité soit en rapport avec l'anneau et sa partie plate avec la bandelette de sparadrap; par-dessus cette bandelette on fait quelques circulaires avec une bande de toile autour du ventre; il est utile aussi, avant d'appliquer ce bandage, de saupoudrer avec de l'amidon ou de la poudre de riz le nombril et la partie du tronc et des lombes qui doivent être en contact avec le diachylon. Cette poudre est utile pour prévenir l'érythème que peut déterminer l'action du sparadrap sur la peau. Ce genre de bandage doit être laissé en place trois ou quatre jours de suite; lorsqu'on veut le renouveler, il convient de préparer d'avance une nouvelle pelote, et la bande-

lette agglutinative; quand on enlève le bandage, il faut de suite porter le doigt sur l'ombilic, afin d'éviter que la hernie ne sorte avant qu'on puisse placer la nouvelle pelote; de cette manière, si déjà l'ombilic s'est resserré, on ne perd pas, par la sortie de l'intestin, ce qu'on aura déjà gagné. Si les enfants ont la peau irritable, qu'elle devienne rouge par l'usage du sparadrap, il faut se contenter d'une bande de toile bien appliquée circulairement autour du ventre, mais cette espèce de bande a l'inconvénient de glisser, de se déplacer, et ne tient pas comme le sparadrap.

La hernie ombilicale guérit le plus souvent en six semaines, deux mois, et quelquefois plus, en appliquant avec soin ce genre de bandage. Aussi nous n'avons jamais mis en question de recourir au procédé de guérison radicale par la ligature après la réduction des portions contenues dans le sac; que la ligature soit simple ou multiple, avec ou sans torsion, elle ne nous inspire pas une parfaite sécurité, car elle offre des dangers.

Je n'ai pas vu de hernie ombilicale étranglée chez les enfants. J'en ai vu de légèrement engouées, qui devenaient réductibles après l'application de cataplasmes.

La hernie de la ligne blanche se fait quelquefois par un écartement assez considérable, soit au-dessus, soit au-dessous de l'ombilic. Elle présente une tumeur de forme ovalaire plus ou moins allongée; elle est fluctuante et rentre par la pression. Dans ces cas, les ceintures ventrales bien appliquées sont utiles.

La hernie inguinale, chez les enfants, et chez les petits garçons surtout, est assez commune; elle peut être simple ou double.

Chez les enfants comme chez les adultes, elle présente des symptômes locaux et des symptômes généraux. Ces derniers consistent en coliques plus ou moins marquées, quelquefois des vomissements répétés.

Les symptômes locaux sont ceux qu'on observe chez les adultes. On constate à la région de l'aine une tumeur plus ou moins volumineuse, quelquefois très-petite, grosse comme une noisette, d'autrefois bien plus forte, toujours sans changement de couleur à la peau, fluctuante et se laissant réduire facilement, avec gargouillement, en général par une pression peu considérable qui fait repasser l'intestin dans l'anneau inguinal.

Ces symptômes se remarquent souvent à droite et à gauche en même temps; car il n'est pas rare de voir à la fois deux hernies inguinales.

Les parties contenues sont en général l'intestin grêle ou le gros

intestin, avec ou sans l'épiploon. Nous avons une fois trouvé, en opérant une hernie étranglée, l'appendice iléo-cœcal chez un enfant de sept à huit ans, qui est mort de péritonite.

Nous avons vu, chez des petites filles, trois fois la hernie de l'ovaire par l'ouverture inguinale.

On peut confondre, chez les enfants, la hernie inguinale avec une hydrocèle, un kyste du cordon, un testicule qui descend, une tumeur de mauvaise nature du testicule, et chez les petites filles avec une descente de l'ovaire. Le premier cas de ce genre que nous ayons vu a été méconnu : nous avions eu dans notre service à l'hôpital des Enfants, en 1851, une fille de onze ans portant, en bas et à la face interne de la grande lèvre gauche, une petite tumeur qui fut prise pour un kyste par moi, par M. Broca et d'autres confrères; l'enfant la portait depuis l'âge d'un an. Croyant avoir affaire à une petite tumeur enkystée, comme cette tumeur était devenue très-douloureuse et gênait la marche, nous l'enlevâmes. Après l'avoir découverte par une incision, reconnaissant qu'elle était suspendue par un prolongement, une ligature fut placée sur le pédicule : c'était un ovaire. L'enfant succomba deux jours après à une péritonite qui avait débuté sur le ligament large qui formait le pédicule. Nous avons évité semblable erreur sur deux autres petites filles que nous avons observées plus tard. Nous avons alors constaté que ces hernies présentaient une petite tumeur placée en dedans de la grande lèvre, que cette tumeur roulait comme un kyste, et qu'en la pressant, elle glissait entre les doigts; elle paraissait retenue lorsqu'on voulait l'attirer en bas, elle remontait en haut lorsqu'on la lâchait, comme un kyste du cordon remonte lorsqu'on cherche à l'abaisser; dans les deux cas, on ne pouvait faire rentrer la tumeur.

Il ne faudra pas confondre la hernie avec l'hydrocèle simple ou enkystée. D'abord, dans l'hydrocèle simple, il y a une fluctuation appréciable d'un liquide et non d'un gaz; il y a souvent réduction, mais ce n'est que dans l'hydrocèle qui communique avec l'abdomen, et enfin on peut constater la transparence.

L'hydrocèle enkystée est une petite tumeur transparente, circonscrite sur le trajet du cordon, qui monte ou descend suivant qu'on abaisse ou qu'on laisse remonter le testicule.

Il est bien important de distinguer d'une hernie le testicule qui descend par l'anneau; cette descente arrive ordinairement vers le septième mois de la conception ; mais elle a souvent lieu au moment de la naissance, ou quelquefois plus ou moins de temps après.

Lorsque le testicule descend, on apprend d'abord par les parents

ou par l'examen qu'on fait soi-même, qu'il n'y a rien dans le scrotum, du côté correspondant; on reconnaît que ce qui se présente à l'anneau inguinal est sous forme d'une tumeur arrondie plus ou moins ferme, pouvant rentrer par la pression, sans gargouillement. On peut aussi, en prenant la tumeur entre les doigts et en l'attirant en bas, reconnaître qu'elle est retenue par un pédicule qui est le cordon, qu'elle peut rentrer complétement pour ressortir si on fait tousser ou même marcher l'enfant; cette tumeur n'est plus douloureuse quand elle est rentrée, tandis que lorsqu'elle reparaît dans l'anneau, la compression que lui fait éprouver celui-ci, détermine de la douleur.

Il faut aussi faire chez l'enfant la distinction de la hernie congénitale de celle qui est accidentelle; dans la première, la hernie se fait dans la tunique vaginale, ce qui se rencontre souvent chez l'enfant dont la tunique vaginale n'est pas fermée; dans la seconde, il y a un sac indépendant de la tunique vaginale.

La hernie inguinale est en général formée par l'épiploon ou l'intestin; abandonnée à elle-même, elle tend à augmenter de volume et peut devenir énorme. Les enfants peuvent avoir ce genre de hernie sans qu'on observe d'accidents graves. Cependant ils ont le plus souvent des coliques, surtout quand la hernie n'est pas rentrée, ou qu'elle est incomplétement maintenue. Elle peut s'enflammer par la pression des bandages, alors il y a douleur, et, dans ce cas, quelques bains, des cataplasmes, la suppression momentanée du bandage, si l'enfant en porte un, suffisent pour faire cesser les accidents; elle peut aussi, comme chez l'adulte, s'engouer ou même s'étrangler.

L'engouement est caractérisé par la présence de matières dans les intestins. Cet accident, qu'on rencontre surtout chez les vieillards faibles, qui ne maintiennent pas leur hernie, se voit aussi chez les petits enfants faibles ou délicats; plusieurs chirurgiens, et entre autres M. Goyrand, en ont observé.

L'engouement est caractérisé par augmentation de volume, pesanteur de la tumeur, consistance molle et pâteuse; il y a des borborygmes, des éructations; la peau de la tumeur a une couleur normale, le ventre se ballonne sans être douloureux; quelquefois il y a des nausées et même des vomissements. Des émollients sur la hernie, quelques lavements suffisent le plus souvent pour amener la détente, qui s'opère par des évacuations. Le taxis et même un léger purgatif sont indiqués.

L'étranglement chez les enfants se rencontre plus rarement que chez les adultes et les vieillards, mais nous l'avons vu plusieurs

fois, même sur des enfants de quelques semaines. Nous avons constaté, dans ces cas d'étranglement, tous les symptômes qu'on rencontre chez les adultes : dureté et tension de la tumeur; le ventre est dur et douloureux; il y a des éructations, des vomissements; le malade vomit d'abord ce qu'il a dans l'estomac, puis ensuite les matières des intestins remontent, et il rend par la bouche des matières fécales, il en expulse peu ou point du tout par l'anus. En un mot, on observe chez les enfants tous les symptômes qu'on remarque chez les adultes et les vieillards. La tumeur peut s'enflammer, se perforer, et un anus contre nature s'établir ensuite plus ou moins rapidement; en même temps la figure s'altère, le pouls, qui était fréquent d'abord, s'affaiblit, et la mort peut arriver.

Ces symptômes graves s'observent toutefois moins que chez les adultes, et souvent la hernie peut rentrer spontanément ou au moins se réduire plus facilement. En effet, toutes les fois que nous avons été appelé pour des hernies étranglées chez des enfants, nous avons pu, en général, employer le taxis avec succès, et il ne nous est arrivé d'échouer que dans des occasions très-rares.

Lorsque nous voulons mettre en usage le taxis, surtout chez les plus jeunes enfants, nous les plaçons sur un plan incliné, de manière à tenir la tête et le tronc plus bas et le bassin élevé : nous suivons les préceptes indiqués pour le taxis sur les adultes; nous pressons la tumeur près de l'anneau, de manière à faire rentrer la partie supérieure d'abord et le reste ensuite. Nous essayons d'abord cette manœuvre fort peu de temps sans employer le chloroforme; mais dès que nous en avons reconnu l'inutilité, ce qui arrive souvent, parce que les enfants, en poussant, s'opposent à la réduction, nous conseillons d'appliquer un cataplasme sur la tumeur; nous faisons prendre un bain, et de suite nous avons recours à l'anesthésie, afin de pouvoir mettre en usage le taxis sans avoir à redouter les cris et les efforts des petits malades; presque toujours nous sommes arrivé ainsi à réduire.

Lorsque la réduction est impossible, il faut en venir à l'opération, et le succès est d'autant plus certain que le taxis a été moins longtemps prolongé, et qu'on opère moins de temps après le commencement de l'étranglement. Au bout de huit à dix heures, à partir du début des accidents, il faut employer le bain, le taxis avec le chloroforme, et ne pas reculer devant l'opération, si la hernie n'est pas réduite. En effet, Pott a perdu en deux jours un enfant atteint d'une hernie étranglée; Gooch a vu mourir un enfant de six semaines; Dupuytren a opéré un enfant de vingt jours; M. Goyrand

en a opéré un de quatre mois, qui a guéri; le professeur Roux a opéré un enfant de deux ans.

Nous avons rencontré plusieurs hernies étranglées qu'en général nous avons eu le bonheur de réduire par le taxis aidé du chloroforme, même chez des enfants de six semaines et deux mois. Rarement nous avons eu occasion de pratiquer l'opération, et dans celles que nous avons pratiquées, nous avons eu un insuccès sur trois, les seules que nous ayons pratiquées.

Les précautions qu'il faut mettre en usage dans le manuel opératoire doivent être les mêmes que celles employées chez les adultes. Les soins consécutifs sont également très-importants et plus minutieux à cause de l'âge tendre.

Nous devons dire que les accidents que nous venons d'indiquer sont très-rares chez les enfants, et qu'en général plus on est consulté de bonne heure, plus on a chance de voir les enfants guérir promptement de leur hernie, en appliquant constamment avec soin des bandages bien appropriés, surtout si ces enfants, de maigres qu'ils étaient, viennent à prendre de l'embonpoint. Ceux qu'on traite dans les premiers mois de la vie peuvent guérir par l'application régulière d'un baudage en quatre ou cinq mois. Ceux qui sont à l'âge d'un an et plus peuvent guérir souvent en portant le bandage un an. Mais lorsqu'ils sont plus âgés, il faut ne pas faire quitter le bandage avant plusieurs années, et encore, quand on veut le supprimer, ne pas le faire quitter définitivement de suite. On doit, dans la plupart des cas, commencer par faire porter le bandage nuit et jour, et quand on croit nécessaire de le retirer, il convient de n'en suspendre l'usage d'abord que la nuit, pour le reprendre le jour.

En général, nous nous trouvons bien d'appliquer des bandages dès qu'on nous consulte; d'abord nous mettons en usage les bandages légers en caoutchouc de Galante, à pelotes à air, pour les nouveau-nés; mais pour les enfants de six mois à un an, nous préférons les bandages à ressort, fabriqués très-légèrement, recouverts de futaine, puis d'un fourreau de taffetas gommé. Il est tout à fait indispensable, pour les enfants très-jeunes, d'avoir toujours deux bandages au moins, parce qu'ils sont le plus souvent mouillés et qu'il faut les changer chaque jour.

Enfin, nous devons terminer en disant que toutes les fois que le testicule a franchi l'orifice externe du canal inguinal, et qu'il est très-près de l'anneau, il est bien indiqué de ne pas le faire rentrer et de le laisser au dehors; quelquefois le temps permet qu'il des-

cende davantage, à moins que le cordon ne soit trop court, comme on l'a vu; mais il arrive aussi que le testicule comprimé dans le canal cause des douleurs fréquentes, qui se répètent à des intervalles rapprochés. Si, dans ce cas, on ne peut maintenir le testicule hors de l'anneau à l'aide d'une pelote herniaire préparée exprès, pouvant retenir l'intestin rentré et le testicule au dehors, sans trop le comprimer; il vaut mieux, selon nous, suivre le conseil donné par Marjolin, qui disait que s'il existait hernie du testicule et hernie de l'intestin, si l'on ne pouvait maintenir la hernie intestinale sans comprimer le testicule, il valait mieux rentrer la hernie et le testicule, et maintenir la totalité réduite que d'exposer l'enfant tout à la fois à des accidents de compression du testicule et à des accidents d'étranglement de l'intestin.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Préparation du gaz oxygène pour inhalations.

Par M. S. Limousin, pharmacien.

La préparation du gaz oxygène par les pharmaciens pour l'usage médical ayant pris une certaine extension depuis les travaux de MM. Demarquay et Leconte, je pense être utile en faisant connaître les moyens que je crois les plus économiques et les plus simples pour arriver à la préparation de ce gaz.

On prend 1 kilogramme de chlorate de potasse, bien sec, qu'on introduit dans une cornue en fer A, de la capacité de 3 à 4 litres, munie d'un col d'un diamètre assez large, dans lequel on fixe, à l'aide d'un bouchon en liége, un tube en verre B, relié par un tube en caoutchouc C, à un flacon laveur D, de la contenance d'environ 4 litres et à parois très-épaisses. Ce flacon laveur contient un lait de chaux qui doit remplir environ le tiers de sa capacité.

Le gaz oxygène se dégageant du chlorate de potasse vient se laver dans cette eau et de là passe dans un réservoir E, d'une contenance d'environ 250 litres, qu'on a préalablement rempli d'eau. Un tonneau solide et dans de bonnes conditions peut parfaitement remplir cet office. On y fixe, au moyen de deux bouchons, deux tubes, dont l'un FG plonge jusqu'au fond, et dont l'autre HI affleure à la surface du liquide.

Le gaz arrivant par le second tube, qui communique avec le flacon laveur par un raccord en caoutchouc *a b*, exerce sa pression sur le

liquide contenu dans le récipient E et le force à monter dans le premier tube F G, qui continue extérieurement par un raccord en caoutchouc *c d* d'une longueur suffisante pour élever l'eau dans un second récipient K, placé au-dessus du premier et de même capacité. Toute l'eau déplacée par le gaz se rend dans ce réservoir supérieur, et l'écoulement ne cesse que quand l'opération est arrivée à son terme.

Pour obtenir une décomposition régulière du chlorate de potasse et aussi pour éviter l'emploi d'un tube de sûreté, je décompose le sel au moyen du gaz d'éclairage. La cornue est placée sur un four-

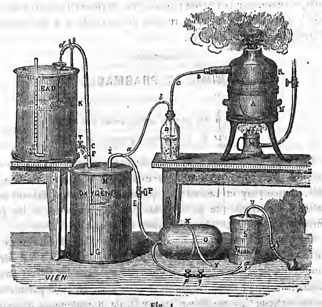


Fig. 1.

neau à gaz M, entourée du laboratoire N d'un fourneau ordinaire et recouverte par son dôme R. Par ce moyen, toute absorption devient impossible, car la température ne peut s'abaisser, et on obtient un dégagement très-régulier. Il faut cependant avoir soin de baisser un peu le feu au moment où arrive la décomposition du perchlorate, qui se forme dans le premier temps de l'opération, car alors la violence du dégagement de l'oxygène pourrait faire sauter les tubes et les bouchons de l'appareil.

Quand l'opération est terminée et quand on a obtenu du kilogramme de chlorate environ 230 à 240 litres de gaz, on noue le

tube en caoutchouc *a b*, qui reliait le récipient au flacon laveur, pour empêcher l'oxygène de s'échapper.

Veut-on maintenant remplir le réservoir O en caoutchouc de l'appareil, on adapte son robinet ouvert P au tube *a b*, que l'on dénoue, et enlevant celui *c d*, qui élevait l'eau au second récipient, on le remplace par un autre raccord, également en caoutchouc *m n*, qu'on adapte à un robinet T que doit porter ce second réservoir à sa partie inférieure.

Ce robinet étant ouvert, le liquide rentre dans le gazomètre par le tube FG et déplace, en quantité égale ou à peu près à son volume, l'oxygène, qui se rend alors dans la vessie en caoutchouc O.

On pourrait théoriquement déterminer la quantité de gaz introduite dans le ballon par la pesée, puisque l'oxygène est plus lourd que l'air. En effet, le poids d'un litre d'air étant $1^{gr},30$, celui de l'oxygène est $1^{gr},43$; mais cette différence très-minime, comme on le voit, nécessiterait l'emploi de balances fort sensibles, et le résultat, même dans ce cas, ne serait pas exact, à cause de la différence causée par la pression atmosphérique, la température et le degré de saturation de vapeur d'eau qui varient à chaque instant.

Pour savoir combien on introduit de gaz dans le ballon et pour le mesurer, voici, je crois, le moyen le plus simple. On fixe un entonnoir sur le grand tube en F du réservoir à oxygène, et on y verse 20 litres d'eau qui déplacent 20 litres de gaz qu'on reçoit dans la vessie, dont on prend la circonférence avec 1 mètre en ruban XY. On a ainsi, exprimée en centimètres, la circonférence à donner au réservoir pour qu'il contienne 20, 25, 30 ou 40 litres, suivant qu'on désire en introduire plus ou moins.

Cette opération une fois faite et le nombre de centimètres connu, on n'a plus à l'avenir qu'à entourer son ballon de la mesure qui correspond à la quantité de gaz qu'on veut y faire entrer.

On peut fixer à la partie inférieure du réservoir K un tube communiquant avec son intérieur et qui donne, sur une échelle graduée, le nombre de litres d'eau qui entre dans ce réservoir ou qui en sort. Par ce moyen, on suit exactement la marche de l'opération pendant la préparation de l'oxygène, et on sait, quand on veut gonfler un ballon sans avoir besoin de le mesurer, combien de gaz on y introduit.

Ce ballon en caoutchouc n'est qu'un réservoir dans lequel on introduit de 20 à 40 litres de gaz oxygène pur, ou qu'on peut mélanger d'une quantité déterminée d'air ordinaire. Dans ce cas, on opère le mélange avec un récipient rempli d'air qu'on déplace par un nombre

de litres d'eau correspondant à la quantité d'air qu'on veut introduire.

La seconde pièce de l'appareil inhalateur est constituée par un réservoir en caoutchouc S (fig. 1), ayant sensiblement la forme d'un petit tonneau quand il est gonflé. Les deux parties supérieures et inférieures sont des disques solides et résistants qui viennent s'appliquer l'un contre l'autre quand il est vide. Il porte à sa partie supérieure un tube U muni d'une embouchure Z pour respirer. A sa partie inférieure se trouve un tube *v* muni d'un robinet *q*, qui s'adapte exactement à celui *p* du ballon O. Les deux robinets étant réunis et ouverts, si l'appareil S est vide et replié sur lui-même, le



Fig. 2.

ballon O étant plein de gaz, il suffit d'exercer une légère pression sur ses parois pour faire passer l'oxygène en S.

Malgré le prix élevé du chlorate de potasse, relativement au prix du peroxyde de manganèse, je crois que, pour obtenir de l'oxygène pour l'usage médical, on devra toujours préférer l'emploi de ce sel, en raison de sa plus grande pureté, de la quantité considérable de gaz qu'il fournit et de la facilité avec laquelle on peut conduire l'opération.

C'est, du reste, aussi l'opinion de mes anciens maîtres MM. Demarquay et Leconte, qui font préparer ce gaz à la Maison municipale de santé par ce moyen, depuis plus de deux ans, et auxquels je dois des remercîments sincères pour les bons et excellents

conseils qu'ils m'ont donnés depuis que je m'occupe de la préparation de l'oxygène.

Voici comment se font ces inhalations. Le malade adapte à sa bouche l'entonnoir C (fig. 2), et, le robinet E étant ouvert, se livre à de profondes inspirations. A chaque effort inspiratoire on voit le récipient A se dégonfler et l'on juge ainsi de la quantité d'oxygène inhalé. Pour empêcher les produits de l'expiration de rentrer dans l'appareil, on serre les lèvres et on expire par le nez. Il est plus sûr de comprimer entre le pouce et l'index le tube en caoutchouc près de l'embouchure, au moment de l'expiration.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Monsieur le Rédacteur,

Le *Bulletin général de Thérapeutique*, à la date du 30 janvier dernier, contient un article bibliographique sur mon *Traité de la dyspepsie*, où je remarque plusieurs inexactitudes qui pourraient donner une idée fausse de mon travail, quelque bienveillante du reste qu'ait été la critique, et que, pour ce motif, je vous demanderai la permission de relever.

Et d'abord, j'ai été si loin de me prononcer sur l'origine du principe saccharifiant du liquide buccal, que je m'exprime ainsi au bas de la page 56 : « Quant à la source du principe fermentifère de la salive, on n'est pas encore fixé sur la question de savoir s'il est le résultat de la sécrétion des glandes salivaires ou mucipares. Ce qui paraît résulter de quelques expériences, c'est que le fluide parotidien en est le moins fourni. Pour nous, comme pour plusieurs physiologistes, le fait le plus important, c'est que le *fluide salivaire mixte ou complet* a le pouvoir saccharifiant, c'est-à-dire d'agir sur la transformation et la digestion des féculents. » Après la lecture de ce passage, il n'est guère possible de se méprendre sur ma pensée, et l'on n'est pas fondé à dire que je me suis mis en contradiction avec les expériences de M. Cl. Bernard, dont j'apprécie toute la valeur.

Vous êtes plus dans votre droit, très-honoré confrère, en vous inscrivant contre la forme *syncopale* de la dyspepsie que j'ai tenté de faire admettre après Sauvages ; mais si vous voulez vous assurer de nouveau de la différence très-grande que je m'efforce d'établir, en plusieurs endroits de mon livre (p. 100, 117, 160, 171), entre les simples troubles sympathiques de la circulation et la dyspepsie

syncopale vraie, dont j'ai à traiter encore en ce moment un spécimen des plus remarquables chez une jeune femme de vingt-six ans, forte en apparence, et cependant atteinte de cette singulière affection depuis l'âge de neuf ans, la seconde partie de mon travail en renferme également deux exemples (voir 49e et 50e obs.).

Que dirai-je de la velléité qu'on me suppose d'admettre une dyspepsie vermineuse, par cela seul que j'ai fait ressortir l'importance étiologique de la diathèse vermineuse, après toutes les causes que je devais énumérer ? A ce compte, je pourrais également être accusé de croire à une dyspepsie paludéenne, saturnine, mercurielle, iodique, etc., parce que, dans le même chapitre, j'accorde une semblable attention à l'impaludation, à l'empoisonnement saturnin, mercuriel, iodique, etc. Loin de faire cette confusion, voici comment je m'exprime à ce sujet : « Quant à la diathèse vermineuse, sur laquelle J. Franck avait cru devoir faire reposer une de ses douze classes de cardialgie, tant il avait observé ses effets, elle constitue assurément une *prédisposition* aux dyspepsies gastro-intestinales avant et après l'époque de la puberté, et nous ne comprenons pas que dans les traités les plus récents on l'ait prise si peu en considération (p. 33). »

Un reproche, enfin, auquel je ne puis être indifférent, car il n'est pas plus fondé, est celui de m'être complu à exposer les richesses de la thérapeutique, à montrer, en d'autres termes, du penchant pour la polypharmacie. Or, je mérite si peu ce blâme, que je n'hésite pas à me prononcer, au commencement et à la fin du long chapitre du traitement, en faveur des ressources inépuisables de l'hygiène et du régime, que je leur accorde la prééminence dans les diverses formes de la dyspepsie aiguë, dans la dyspepsie chronique invétérée, c'est-à-dire dans le plus grand nombre de dyspepsies, ne faisant primer momentanément la thérapeutique que dans la dyspepsie chronique simple et dans la dyspepsie compliquée. J'ai étudié, il est vrai, avec certain développement, les différents agents de la matière médicale, mais entre l'abus et l'application utile n'y a-t-il pas un abîme ? Ne devais-je pas peser la valeur de ces agents, combattre les exagérations dont ils ont été l'objet trop souvent, et en déterminer les indications suivant la forme et les autres caractères de la maladie ? Par là, j'ai voulu être utile surtout aux praticiens, qui se plaignent avec juste raison de l'insuffisance, en fait de traitement, de bon nombre d'ouvrages d'ailleurs très-estimables.

Je me tairai volontiers sur quelques autres points, parce que

j'aurais l'air de me soucier plus des questions d'amour-propre que de faire prévaloir la vérité, d'autant plus que les intentions bienveillantes et la forme pleine d'urbanité de vos aperçus bibliographiques m'obligent à la déférence et à la réserve.

Veuillez agréer, etc. J. Guipon.

Laon, le 15 février 1865.

Nous regrettons vivement que notre honorable confrère se soit cru obligé de justifier une œuvre que les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* ont pu apprécier par les extraits qui ont paru dans ce recueil [1]. Tout en signalant quelques imperfections inhérentes au sujet qui avait été inspiré par le choix de l'Académie, notre collaborateur n'avait nullement cherché à amoindrir les qualités de ce livre. M. Guipon doit savoir que l'on ne discute que les travaux de mérite. F. Bricheteau.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de pathologie interne, par M. Ed. Monneret, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Nous l'avons dit plus d'une fois, quand un auteur veut bien exposer, dans une préface plus ou moins étendue, et le but qu'il se propose et la méthode qu'il croit devoir suivre pour y parvenir, ce nous est un secours dont nous lui savons un gré infini, parce que ce soin simplifie notre tâche, en nous permettant de nous placer tout de suite, pour le juger, au point de vue précis où lui-même s'est placé pour écrire son livre. Le professeur de pathologie interne de la Faculté de Paris, en homme qui a touché à presque toutes les questions de la science et qui sait l'importance des méthodes en matière d'exposition didactique de celle-ci, n'a pas manqué de cette prudence, et dans une préface qui doit être lue avec attention, avant de s'engager dans la lecture de l'ouvrage proprement dit, il en a bien marqué les caractères, en prévenant à l'avance le lecteur et de ce qu'il y trouvera et de ce qu'il n'y trouvera pas. M. Monneret s'élève avec force contre les livres de l'ordre du sien qui, au lieu de se tenir dans les limites de l'objet nettement déterminé qu'ils veulent mettre en lumière, oublient souvent celui-ci pour s'égarer

(1) Voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXVII, p. 125 et 220.

dans des développements presque encyclopédiques. Dans l'état des esprits, et dans la vie laborieuse qu'imposent à la plupart des médecins les conditions où ils exercent leur besoigneuse profession, nous ne savons jusqu'à quel point ce reproche est fondé ; mais à considérer les choses au point de vue de la logique pure, qui ne tient pas compte des pierres d'achoppement qui se rencontrent à chaque pas dans ce monde, l'auteur a complétement raison ; et on doit d'autant plus l'absoudre de ce rigorisme de méthode, qu'esprit aussi fécond que laborieux, il a publié de nombreux ouvrages, où une foule de questions qu'il ne fait qu'effleurer systématiquement dans celui-ci ont été largement développées. Si donc, en lisant avec l'attention qu'il mérite à un si haut degré le *Traité élémentaire de pathologie interne*, on s'étonnait d'y voir certaines questions contractées dans une mesure un peu trop abrégée, il faudrait se souvenir que c'est très-sciemment que le fait l'auteur, et que ces lacunes systématiques il est aisé de les combler, en consultant soit le *Compendium*, soit le *Traité de pathologie générale*, et les nombreux mémoires où M. Monneret a exprimé toute sa pensée.

M. Monneret, quelque part dans cette préface, assigne à son livre, ou plutôt à son œuvre tout entière, un but bien plus ambitieux encore, c'est de rendre toutes les intelligences égales devant les difficultés de l'art ; ce que Bacon voulait dans l'ordre général des connaissances, l'auteur dont nous parlons en ce moment le prétend dans un cercle plus restreint d'études, les études médicales : il veut détrôner les princes de la science, et faire la plaine partout. Comme une telle ambition, si elle en flatte quelques-uns, trouvera infailliblement pas mal d'incrédules, qu'on nous permette sur ce point une courte citation qui fasse bien comprendre la pensée du docte professeur de la Faculté. « Le travail que je publie, dit-il, doit contenir les faits acceptés de tout le monde, marqués au coin de la vérité, en un mot tous ceux dont la connaissance peut rendre les médecins égaux devant les difficultés de leur profession. On sait que le praticien modeste, comme le professeur émérite, qu'on appelle par métaphore un prince de la science, sont frappés d'impuissance et réduits à se conduire exactement de la même manière dans le traitement des maladies incurables. Princes et sujets deviennent alors parfaitement égaux devant elles ; égaux, à plus forte raison devant les maladies heureusement plus nombreuses qui guérissent par les seuls efforts de la nature. Le livre que nous publions est précisément écrit pour conserver à tous les médecins l'égalité parfaite que donne l'instruction quand elle est rendue facile. » C'est là assuré-

ment un but très-louable; et rien de plus flatteur pour nous tous, humbles ouvriers de la science, ou périodeuctes laborieux vivant à cheval comme les Gaulois dont parle Tacite, que de nous voir appeler à cette véritable fraternité scientifique, et de nous entendre dire : Lisez, méditez, et vous atteindrez les limites de la science et de l'art, *eritis sicut Dei.* Mais, nous le confessons humblement, si flatteur que soit pour nous cette perspective, nous craignons que M. Monneret ne se soit fait illusion, et que l'ardeur de son zèle pour la diffusion des lumières ne lui ait fait prendre un mirage de l'imagination pour une réalisation possible. Dans tous les cas, une si noble ambition ne peut nuire à son enseignement écrit ou parlé; qu'il conserve donc une si séduisante espérance et qu'il y puise tous les jours, comme à une source sacrée, une nouvelle ardeur pour accomplir son œuvre officielle et officieuse. Si l'eau ne peut remonter plus haut que sa source, elle y peut au moins atteindre, et M. Monneret ne parvînt-il qu'à ce résultat, dans une certaine mesure, qu'il aurait bien mérité de la science et de l'art, car il aurait ainsi notablement élevé le niveau de l'une et de l'autre.

Mais nous avons suffisamment caractérisé l'esprit général de l'enseignement qu'on trouvera dans l'ouvrage important dont il est question ici; entrons dans quelques détails pour en mieux apprécier et en faire mieux apprécier aux lecteurs de ce journal la portée pratique.

La division méthodique des maladies dans le *Traité élémentaire de pathologie interne* est très-simple : l'auteur, après avoir posé en principe la division dichotomique de celles-ci en maladies locales et en maladies générales, ne s'astreint plus, dans son exposition didactique, qu'à l'ordre purement anatomique, et il poursuit l'étude des états morbides élémentaires, tels qu'il les a étudiés dans sa pathologie générale, dans chacun des grands appareils de l'organisme vivant. C'est ainsi que, dans les premiers fascicules de l'ouvrage que nous avons actuellement sous les yeux, il étudie tour à tour les maladies du système nerveux, de l'appareil vasculaire dans lequel il comprend les lésions des vaisseaux lymphatiques, et les maladies de l'appareil respiratoire. Nous aimerions à suivre l'éminent auteur dans le lumineux enseignement qu'il répand sur les nombreuses questions qui surgissent à chaque pas, dans ce vaste ensemble pathologique; mais force est de nous borner et nous nous contenterons, suivant en cela les habitudes que nous imposent les exigences du *Bulletin de Thérapeutique*, de rendre d'une manière générale l'impression que nous a laissée

la lecture attentive des premières livraisons d'un ouvrage dont la fortune nous paraît dès maintenant assurée.

Pour ce qui est d'abord des maladies du système nerveux, autres que les névroses proprement dites, la symptomatologie en est admirablement faite; on sent à chaque ligne que l'auteur est un de ces observateurs opiniâtres qui passent une partie de leur vie dans les hôpitaux, et qui ne se lassent pas d'interroger les malades, d'en comparer les symptômes, et surtout, quand il y a lieu, de mettre ceux-ci en rapport avec les lésions que découvre l'investigation nécroscopique. Non, hâtons-nous de l'ajouter, que le professeur de pathologie interne de la Faculté de médecine de Paris estime que toute la médecine soit là; il a pénétré trop avant dans les choses, pour conserver quelque illusion à cet égard. Il y a longtemps, pour nous servir d'une expression de M. Andral, en parlant de Laënnec, que sa *science* de l'anatomie pathologique est convaincue de l'insuffisance de cette science: mais si M. Monneret a perdu, comme la plupart de ses contemporains, l'illusion où paraît décidément s'endormir d'un sommeil de plomb un de ses collègues, pour lequel les maladies ne sont rien de plus que des états organopathiques tangibles ou non, il est convaincu avec raison que l'anatomie pathologique nous découvre une face de la maladie qui, quand elle est bien déterminée, constitue une des bases fondamentales de la médecine. Nier cela, c'est fermer volontairement les yeux à la lumière et ouvrir la porte à toutes les aberrations d'une imagination sans frein. Si M. Monneret s'applique surtout, dans la description qu'il donne de l'évolution morbide, à ne point surcharger cette histoire de l'indication de phénomènes douteux, ou de nuances qui sont bien plus souvent dans l'œil de l'observateur que dans la nature qui, ici surtout, est plus brutale en ses manifestations, ce scrupule pour la vérité se montre bien plus visiblement encore, quand il s'agit pour l'auteur de tracer le traitement d'une maladie donnée. On voit là surtout que M. Monneret appartient à la bonne école, à cette école que d'aucuns appellent sceptique, mais qui n'est que vraie, et dont le scepticisme ne s'adresse qu'aux vaines fioritures d'un art mensonger, ou aux crédulités niaises d'esprits sans profondeur. Mais nous ne voulons pas nous aventurer plus loin dans cette direction, nous aurions trop à dire; poursuivons.

Dans le groupement systématique des maladies, tel que l'a conçu le médecin de l'Hôtel-Dieu, les névroses viennent naturellement se placer dans cette partie de son livre: aussi leur a-t-il accordé là une place assez étendue. Plusieurs de ces maladies sont parfaitement dé-

crites, et nous entendons parler surtout de l'épilepsie, de l'hystérie et de la nosomanie ; mais nous craignons que les maladies mentales proprement dites ne soient qu'incorrectement esquissées : nous sommes sûr au moins que les spécialistes trouveront dans cette histoire un peu écourtée une foule de lacunes. Au reste, ce n'est pas dans un ouvrage de cet ordre que ces médecins cherchent à s'édifier sur les questions qui si souvent les divisent ; ces lacunes, pour beaucoup, pourront donc passer inaperçues.

Les maladies de l'appareil vasculaire, qui viennent après celles dont nous venons de parler, ne sont pas traitées avec moins de sagacité et de sage mesure. Nous ne ferons à leur endroit qu'une remarque, c'est que M. Monneret, non sans raison pensons-nous, s'applique beaucoup plus, dans l'histoire de ces maladies, dans l'histoire des maladies de l'organe central de la circulation principalement, à mettre en pleine lumière les phénomènes qui naissent du trouble que le traumatisme local apporte dans les grandes fonctions, dans l'ensemble du fonctionnement vital, si nous pouvons ainsi dire, qu'à discuter la valeur de tel ou tel bruit, de tel ou tel souffle, ici, ou là. Cette manière de voir de haut les choses, au lieu de concentrer toute l'attention sur quelques sensations acoustiques si diversement interprétées, outre qu'elle conduit plus sûrement à un diagnostic vraiment médical, prépare en quelque sorte l'esprit à une thérapeutique mieux entendue et plus utile. Nous l'avouons naïvement, nous admirons quelquefois ces infatigables investigateurs qui passent leur vie à interpréter de tels phénomènes, quand la maladie se traduit d'une manière bien plus sûre, et bien plus énergique par un ensemble de phénomènes qui crèvent les yeux, mais cette admiration tient plus de l'étonnement que de l'enthousiasme sympathique. Du reste, chacun a ses ailes, et va où il peut aller. Cette partie de l'ouvrage du savant professeur de la Faculté ne sera certainement pas la moins goûtée des hommes qui ont quelque vigueur dans l'esprit.

Nous voudrions, avant de finir cette notice, qu'à notre grand regret nous sommes forcé de borner, dire un mot du troisième ordre de maladies que M. Monneret a abordées dans les livraisons qui ont déjà paru de son livre, les maladies de l'appareil respiratoire. Mais cela nous entraînerait trop loin. Pour bien marquer le caractère du *Traité de pathologie interne* à un point de vue que nous avons à peine indiqué, écoutez seulement quelques mots de l'auteur sur un traitement trop connu de la pneumonie. « Une autre médication, dit-il, qu'on peut qualifier sans crainte de néfaste, d'antiphysiologi-

que, et qui doit exciter la réprobation universelle, est celle qu'on a surtout préconisée dans ces derniers temps. Elle a pour but de répandre le sang coup sur coup, sans miséricorde ni merci, dans le plus court délai... Le malade est en outre soumis à une diète sévère, et il lui faut, pour résister à un traitement aussi pénible, une énergie organico-dynamique peu commune, etc., etc. » Nous laisserons le lecteur sous l'impression de cette énergique protestation, qui lui traduit tout à la fois la prudence du thérapeutiste dans l'auteur du *Traité élémentaire de pathologie interne*, et la saine doctrine qui le dirige constamment, quand il s'agit d'instituer les bases de la médecine agissante dans les maladies qui l'appellent. La médecine est une prudence ; qui ne sait cela et ne l'a pas constamment à l'esprit, s'expose, à chaque instant, à faire fausse route, et à ajouter à la maladie une terrible complication. D'un bout à l'autre, le livre de M. Monneret est marqué de ce cachet de sage circonspection thérapeutique, il ne surfait jamais la puissance de l'art, il sait qu'il parle à ses pairs, qu'il n'y a personne à tromper ici : la sévère probité de l'auteur, telle qu'elle éclate à chaque page de son ouvrage, nous l'exprimerions volontiers par ces vers d'un grand poëte, dont il eût pu se servir comme d'une épigraphe :

..... Je te parle en homme et sans rien déguiser,
Je me sens assez grand pour ne point t'abuser.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Chorée récidivée chez une femme enceinte de cinq mois, pas de rhumatisme antécédent. — Emploi du bromure de potassium. — Guérison. — L'observation suivante, prise dans le service de M. Gubler, par M. Dumont, montre quels bons effets on peut retirer du bromure de potassium dans le traitement des névroses. C'est un fait de plus à ajouter à ceux que le distingué médecin de l'hôpital Beaujon a publiés dans son travail dont les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* n'ont pas perdu le souvenir ([1]).

Marie F***, vingt-deux ans, couturière, née en Savoie, entrée le 27 octobre, salle Sainte-Marthe, 37, à Beaujon.

Cette jeune femme, réglée à quatorze ans, mariée à dix-neuf, a déjà eu une première attaque de la maladie qui nous occupe, il y a cinq ans. Cette attaque, survenue à la suite d'une vive frayeur, s'est

([1]) Voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXVII.

prolongée, après quelques phénomènes précurseurs, pendant huit mois. Traitée à Necker d'abord, puis à Beaujon même, elle ne peut donner aucun renseignement sur le traitement suivi. Elle a ressenti, depuis son mariage, lors d'une première grossesse, une attaque qu'elle dit avoir été insignifiante. Elle est devenue enceinte, il y a cinq mois, et c'est depuis quelques jours seulement qu'elle a éprouvé les atteintes de l'attaque qui l'amène ici. Un peu de mal de tête, étourdissements, un peu plus de mobilité dans le caractère, d'irascibilité, en marquèrent le début.

Aujourd'hui, jour de l'entrée, on l'apporte à la consultation sur un brancard; il lui serait, en effet, impossible de marcher sans être soutenue et sans exécuter ces mouvements de recul et de sautillements de côté bien connus. Elle jette également çà et là les membres supérieurs. Non-seulement les muscles des membres sont affectés, mais encore ceux du cou, du pharynx, du larynx, des mâchoires; elle jette la tête, tourne la face tantôt vers une épaule, tantôt vers l'autre; elle exécute des grincements de dents, des mouvements bruyants et continuels de déglutition; elle avale difficilement et comme spasmodiquement; elle parle à peine, tout bas; il est difficile de lui arracher autre chose que des monosyllabes. D'ailleurs, elle est un peu agitée; ses lèvres sont injectées, ses pommettes rouges, la peau est chaude, pouls 96. Urines un peu chargées, et malgré son état apparent de fraîcheur et d'embonpoint, elle présente aux carotides un souffle anémique intermittent. Ce qu'il y a de particulier en outre chez cette malade, c'est que les convulsions s'exaspèrent la nuit, au lieu de s'interrompre, comme c'est l'habitude; elle dort à peine.

Le 28. Hier, jour de l'entrée, elle avait déjà, par le mouvement de ses pieds et le frottement de ses talons, usé un drap de façon à y passer la tête. Elle a été très-agitée toute la journée, elle a peu dormi, une heure et demie à peine, et s'est réveillée vers minuit sans pouvoir se rendormir.

On commence aujourd'hui le traitement bromuré, 2 grammes.

Le 29. Elle a dormi un peu davantage. Les convulsions, au dire de la voisine, sont moins fortes la nuit. — Julep, 3 grammes de bromure.

Le 30. Elle a dormi quatre heures sans interruption. Elle est, ce matin, évidemment moins agitée. La face exécute des mouvements moins violents, moins de grimaces; elle peut déjà porter une cuiller remplie d'eau à la bouche sans la répandre. — Même traitement.

1er novembre. Elle a été un peu agitée cette nuit, elle se plaint

de douleurs dans le ventre; elle sent les mouvements du fœtus très-fréquents et très-brusques, plus violents que d'ordinaire; le mieux pourtant n'a pas rétrogradé.

Le 2. Les douleurs ont disparu ; la malade a parfaitement dormi; elle est calme, même quand on l'examine; elle commence à se lever, peut marcher seule, et faire le tour de son lit sans être soutenue, elle peut tirer la langue et la maintenir dehors un certain temps.

Le 5. Elle mange son potage seule et sans répandre; elle a un appétit considérable; elle se promène toute la journée.

Le 6. Sur sa demande elle obtient son exeat, dans une voie de guérison évidente.

Quinze jours après, nous la revoyons à la consultation; cette fois elle est venue seule, et le mieux s'est maintenu.

Nous nous bornerons à faire remarquer qu'ici, grâce à l'état de grossesse de la malade, un certain nombre de remèdes éprouvés : le tartre stibié, la strychnine, les douches, etc., semblaient contre-indiqués.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Bons effets de la faradisation dans un cas d'empoisonnement par l'opium. Une femme veuve, âgée de quarante-deux ans, ayant des habitudes d'intempérance, fut trouvée dans son lit un matin de septembre dernier, complétement insensible. Un médecin appelé aussitôt fit appliquer des sinapismes, en attendant l'arrivée de M. Smith, auquel nous empruntons le récit du fait, en l'abrégeant. Celui-ci trouva la malade étendue sur le dos, dans un état de coma profond, dont il était impossible de la tirer. Pouls radial presque imperceptible; bruits du cœur à peine appréciables; respiration suspirieuse, six ou sept mouvements respiratoires par minute; les deux pupilles fortement contractées; face pâle; mâchoires serrées et ne pouvant être écartées l'une de l'autre sans un effort violent.

Il y avait des motifs de croire que cette femme avait pris dans la nuit, et en une seule dose, un mélange contenant de l'opium, qui lui avait été remis par un empirique pour combattre une toux dont elle se plaignait. Et en effet, on apprit plus tard par elle-même que, dans la nuit, prenant ce mélange pour de l'eau-de-vie, elle l'avait avalé d'un coup, et l'on put savoir qu'il contenait : éther chlorique, 10gr,60 ; sesqui-carbonate d'ammoniaque, 3gr,50, et teinture d'opium, 3gr,50.

Tenant compte du temps qui s'était écoulé depuis le moment présumé de l'ingestion, comme aussi de la faiblesse de la respiration et des battements du cœur, M. Smith renonça aux moyens propres à procurer l'évacuation du poison, pour s'en tenir à ceux qui paraissaient susceptibles de relever l'action des fonctions essentielles, et ce qui lui parut préférable pour obtenir ce résultat, ce fut l'emploi de l'électricité. En conséquence, il appliqua l'un des conducteurs d'un appareil électrique d'Elliott, sur le trajet du pneumogastrique au cou, et l'autre au niveau du diaphragme; immédiatement la respiration devint plus énergique. Au bout d'une heure et demie, durant laquelle les points d'applica-

tion des conducteurs furent changés de temps à autre, la malade donna des signes de sensibilité ; une demi-heure plus tard, elle se mit sur son séant et se plaignit à haute voix de la douleur que lui causait l'électricité ; à ce moment l'un des conducteurs était appliqué aux pieds et l'autre sur la région du cœur. Le courant ayant été interrompu, elle retomba immédiatement dans l'insensibilité. Une nouvelle application d'une demi-heure fut suivie du retour de la connaissance, et plus tard de celui des mouvements volontaires. Il fut dès lors possible de faire prendre à la malade des médicaments à l'intérieur, un vomitif d'abord, et, après l'effet de celui-ci, des boissons stimulantes. Le soir, elle jouissait de toute sa connaissance, ses pupilles étaient redevenues contractiles, la respiration naturelle, ainsi que le pouls, qui était seulement un peu plus fréquent qu'à l'état normal ; elle paraissait donc aussi bien que possible, sauf un état de faiblesse prononcé, lorsque, dans la nuit suivante, elle fut prise soudainement d'une violente attaque de convulsions épileptiformes, dans laquelle elle succomba. (*Dublin med. Press.*, novembre 1864.)

Empoisonnement par l'atropine chez un jeune enfant, combattu au moyen de l'opium ; guérison. Les faits qui témoignent de la réalité de l'antagonisme de l'opium et de la belladone, et du parti qu'on en peut tirer dans les cas d'empoisonnement par l'une de ces substances, vont se multipliant : nous en rapportions encore des exemples dans notre dernière livraison. Si nous y revenons de nouveau aujourd'hui, c'est d'une part parce qu'il s'agit d'un empoisonnement par le principe actif de la belladone combattu au moyen de l'opium, chose plus rare que le fait inverse, et d'autre part en raison de l'extrême énergie d'action de l'agent toxique, à cause aussi de l'âge du sujet.

Le cas s'est présenté dans l'asile des enfants, à l'hôpital de Philadelphie, en mai dernier. Une solution de sulfate d'atropine, dans la proportion d'un grain pour une once d'eau, préparée pour être employée en collyre, ayant été laissée sur une table par l'infirmière, l'enfant de cette femme, petit garçon de deux ans et demi, s'empara du flacon et but à peu près une demi-once du liquide qui y était contenu. D'abord, la mère ne s'en préoccupa pas beaucoup, ne croyant pas que la quantité ingérée fût suffisante pour devenir dangereuse. Mais, au bout d'une demi-heure, l'enfant devint agité, grognon, et le médecin fut prévenu. A ce moment, le petit malade témoignait d'une vive douleur dans la région de l'estomac, qui était dure et tendue ; ses pupilles se dilatèrent, et restèrent immobiles et insensibles sous l'action de la plus vive lumière ; en même temps sécheresse extrême des lèvres et de la langue ; puis contractions spasmodiques des muscles de la face et du reste du corps ; impossibilité de se tenir sur ses jambes ; froid des extrémités ; faiblesse extrême du pouls ; surface cutanée couverte d'une éruption rappelant celle de la scarlatine.

Un vomitif avec l'ipécacuanha et le sulfate de zinc fut administré, qui procura des vomissements abondants, puis un lavement avec l'assa fœtida. Une demi-heure après l'action du vomitif, on fit prendre un demi-grain d'opium par la bouche, et il fut prescrit d'en administrer ensuite un quart de grain toutes les demi-heures, on surveillant attentivement les effets. Après un certain nombre de doses, l'éruption commença à pâlir, les pupilles à redevenir contractiles et les autres symptômes inquiétants à s'atténuer ; mais ce ne fut qu'après que quatre grains d'opium eurent été pris que la pupille revînt à ses dimensions normales. L'enfant s'endormit alors, et, à son réveil, il ne restait rien des accidents graves qui avaient donné tant d'inquiétude. Or, si l'on remarque d'une part la quantité considérable d'atropine qui paraît avoir été ingérée, et d'autre part la dose d'opium qui fut administrée, dose énorme pour un si jeune sujet, car on sait combien les enfants supportent mal les préparations opiacées, si l'on remarque enfin les bons effets de la méthode de traitement mise en usage, on pourra en conclure la réalité de l'antagonisme de l'opium et des préparations de la belladone et de ses congénères. (*Phil. med. Rep.*, et *Dublin med. Press.*, novembre 1864.)

Des pansements à l'aide de l'alcool et des teintures alcooliques. Le pansement des plaies par l'alcool est à l'ordre du jour. Il y a là, suivant nous, un grand progrès. Nos lecteurs n'ont point oublié l'excellent article publié l'an

dernier, dans ce travail, par M. Chédevergne, alors interne de M. Nélaton. Comme la question n'est point encore jugée définitivement, nous reproduisons ici les conclusions d'un travail fait sur le même sujet, par un de nos plus distingués confrères de province, M. Le Cœur, de Caen.

Les alcooliques ont, dans le pansement des lésions traumatiques, une double action, selon que les plaies sont récentes ou anciennes.

Dans les plaies récentes, ils agissent comme *cicatrisants* énergiques, en favorisant la réunion immédiate ou *par première intention*.

Dans les plaies anciennes, suppurant trop, ou donnant une suppuration de mauvaise nature et tendant à dégénérer, ils agissent comme *désinfectants*. Ils sont, à ce point de vue, supérieurs à tous ceux préconisés jusqu'ici.

Les alcooliques, employés, dès le début, dans le pansement des plaies d'opérations ou autres, arrêtent les suintements hémorrhagiques, assèchent la plaie, s'opposent à la formation du pus, qui bientôt, pourra menacer l'économie tout entière.

Ils préviennent aussi le phlegmon, l'érysipèle traumatique, les phlegmasies des synoviales tendineuses et autres séreuses, en coagulant le sang contenu dans les petits vaisseaux, et la lymphe ou le liquide que sécrètent ces membranes.

Les alcooliques, par l'action coagulante qu'ils exercent sur l'albumine du sang, dans le réticule capillaire divisé et mis à nu dans toute solution de continuité, oblitèrent presque instantanément le calibre des petits vaisseaux avec lesquels ils sont mis en contact, y déterminent des petites embolies salutaires, fixes et tout à fait limitées, dont le résultat est de prévenir les phlébites, les angioleucites suppurantes, *la pourriture d'hôpital*, et, par suite, les résorptions de mauvaise nature, causes premières et essentielles de l'infection purulente. Bien que la plus grande part, dans ces heureux résultats, doive revenir à l'alcool et être rapportée à son action intrinsèque; l'addition, par solution, à l'alcool lui-même de certaines substances résineuses, astringentes, balsamiques ou autres, augmente ses bons effets.

Pour l'emploi signalé, quelques-unes des préparations connues, en pharmacologie, sous le nom de *teintures alcooliques*, sont supérieures à l'alcool simple. Dans ce nombre je citerai, soit :

1° La teinture de benjoin ;

2° La teinture aloétique simple, ou mieux encore, la teinture aloétique composée, connue vulgairement sous le nom d'élixir de longue vie ;

3° La teinture simple cohobée et saturée de brou de noix ;

4° Enfin un mélange, à parties égales, de ces deux teintures qui, dans certain cas, semblent se compléter l'une par l'autre; parmi les teintures alcooliques que l'on peut employer, celles qui réussissent le mieux sont, en général, ou celles dans la confection desquelles l'alcool est employé à un titre un peu élevé, ou celles qui contiennent en dissolution le plus de *certains* principes astringents, balsamiques, résineux ou résinoïdes; ces principes étant incontestablement doués de propriétés antiseptiques et cicatrisantes.

Bons effets des scarifications dans un cas de glossite profonde. La glossite profonde ou parenchymateuse, à laquelle le docteur Salter donne le nom de glossite *érectile*, parce qu'elle a pour caractère une distension énorme et rapide de cet organe par le sang, est une affection qui est loin d'être commune : beaucoup de médecins, la plupart, pouvons-nous dire, ont pu parcourir une longue carrière sans en rencontrer aucun exemple. Aussi, n'est-il pas sans utilité, quand l'occasion s'en présente, d'en citer des exemples qui remettent sous les yeux des praticiens et les caractères symptomatiques de la maladie, et les moyens de traitement auxquels il convient de recourir dans de tels cas.

Une femme âgée de quarante-cinq ans fut apportée un soir à l'hôpital de Norfolk et Norwich, ayant la langue qui dépassait d'un pouce et demi les arcades dentaires. A l'examen, on trouva l'organe énormément tuméfié : il remplissait complétement la cavité buccale, écartant les mâchoires et repoussant les joues en dehors. L'articulation de la parole était impossible et la déglutition très-difficile, pour ne pas dire absolument impraticable. Les bords présentaient des dentelures profondes, et étaient sur le point de s'ulcérer par le fait de la pression exercée par les dents. La langue entière était dure, rouge, extrêmement douloureuse.

La malade avait, quelques jours au-

paravant, été saisie par le froid, et peu après elle s'était aperçue que sa langue était devenue plus sensible et, il lui avait semblé, un peu plus volumineuse que d'ordinaire. Puis le volume s'était accru très-rapidement et en deux jours, il avait atteint les proportions qui viennent d'être indiquées. Le froid paraissait être la seule cause à laquelle peut être attribuée l'inflammation, car la malade n'avait éprouvé aucune violence extérieure, elle ne s'était ni piquée, ni mordue, elle n'avait pris ni acides, ni poison d'aucune espèce, et n'avait fait usage d'aucune préparation mercurielle.

Il était nécessaire de recourir à des moyens de traitement capables d'agir avec promptitude. Six incisions profondes furent pratiquées dans l'épaisseur de l'organe. Il s'écoula une grande quantité de sang, sans mélange d'aucun autre liquide. Comme la déglutition était impossible, on administra des lavements de bouillon. Le lendemain, le volume était moins considérable ; il avait diminué environ de moitié : la malade put avaler un peu de lait. Le troisième jour, la langue, quoique encore tuméfiée, était rentrée dans la cavité buccale, et sa pointe se trouvait replacée derrière les dents incisives. Peu de jours après, la guérison était complète. (*Lancet*, décembre 1864.)

De la fève de Calabar contre la chorée. La fève de Calabar, introduite depuis peu dans le domaine de la thérapeutique oculaire, a été expérimentée dans les affections nerveuses. C'est le docteur Harley, de l'University College Hospital, qui l'a essayée sur une jeune fille de onze ans atteinte de chorée. Il lui donna la poudre de cette fève à la dose du 1 grain (0gr,05), puis il monta graduellement jusqu'à 3 grains, trois fois par jour, puis à 4 1/2 grains et enfin à 6 grains (0gr,30); mais cette dernière dose il ne la donna qu'une fois dans la journée. L'état de la malade s'améliora beaucoup par ce traitement. Les seuls inconvénients de l'emploi de cette fève furent quelques coliques et deux ou trois vomissements. Dans les premiers temps du traitement, la pupille fut contractée et le pouls s'accéléra de telle sorte, qu'il battait 144 et une fois 160 par minute; mais ces phénomènes diminuèrent et finirent par disparaître. Dans l'expérience que le docteur Christison fit sur lui-même, les battements du cœur étaient fréquents et très-irréguliers. Il ne paraît pas que cette irrégularité du pouls ait été constatée dans le traitement de la jeune choréique du docteur Harley. — La poudre de la fève n'a pas de goût. — La dose pour les adultes est de 3 à 6 grains (0gr,15 à 0gr,30). (*Medical Times and Gaz.* et *Gazette médicale de Strasbourg.*)

Du bromhydrate d'ammoniaque contre la coqueluche. Quelque obscure que soit la nature de la coqueluche, il est difficile de douter que ce soit le pneumogastrique et peut-être le nerf récurrent seul qui soit en cause dans cette affection. Il peut donc se faire qu'un médicament anesthésique, agissant d'une manière en quelque sorte spécifique sur le nerf, soit d'une grande utilité. Le docteur Gibb, de Londres, a trouvé dans le bromhydrate d'ammoniaque cet anesthésique qu'il a regardé comme ayant une action toute particulière sur le cou ; c'est ce qui a engagé le docteur Harley à expérimenter ce médicament dans la coqueluche.

Dans beaucoup de cas, dont cinq sont spécialement rapportés, le bromhydrate d'ammoniaque a toujours été utile, et dans quatre cas, que Gibb a observés, ce médicament avait réussi. Aussi se loue-t-il beaucoup de son emploi. Il trouve en lui un calmant du larynx et de la trachée dont l'action se ferait sentir sur le nerf vague.

La dose varie de 2 à 3 grains (0gr,10 à 0gr,15) donnés trois fois par jour chez les petits enfants et de 4 à 8 ou 10 grains (0gr,20, 0gr,40 à 0gr,50) chez les enfants plus âgés. Le médicament se donne dissous dans de l'eau simple ou dans une infusion d'ipécacuanha (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

Traitement des condylomes par le collodion caustique. Le docteur Giovanni Finco, de Padoue, se sert du collodion additionné de sublimé pour détruire les condylomes. Il cite, entre autres, le cas d'un homme âgé de cinquante-six ans, qui portait autour de l'anus un grand nombre considérable de ces productions, les unes petites, les autres très-développées, et toutes augmentées dans leurs proportions par l'application du nitrate d'argent. M. G. Finco fit préparer le mélange suivant :

Collodion riciné.......... 52 gram.
Bichlorure hydrargyrique. 25 cent.

Il chargea de ce mélange préalablement agité un pinceau à aquarelle et en badigeonna les deux plus grosses tumeurs. Le lendemain celles-ci étaient presque entièrement détruites. En seize jours, M. Finco en fit disparaître ainsi plus de soixante. (*Gazetta medica italiana Lombardia.*)

Nouveau bandage contentif des hernies ombilicales. Aux bandelettes agglutinatives qui irritent, aux bandes en linge qui se déplacent durant les mouvements de l'enfant, M. John Thompson propose de substituer l'appareil suivant :

Une large bande en calicot épais, doublé, fait le tour presque entier du corps, et se lace par derrière. Dans la partie de cette bande qui répond à l'ombilic, on forme une poche de six à 8 centimètres de largeur, s'ouvrant à l'intérieur. Cette poche reçoit une plaque de gutta-percha à bords arrondis. On peut ensuite fermer la poche par quelques points de suture. Des bretelles et des sous-cuissos assujettissent ce bandage, qui peut se porter par-dessus ou par-dessous la chemise. La chaleur de l'abdomen fait que la gutta-percha se moule sur la forme des parties qu'elle doit protéger. Il convient d'avoir deux de ces appareils, afin que, l'un venant à être sali, le malade ne reste jamais sans contention. (*British medical journal.*)

VARIÉTÉS.

Séance publique annuelle de l'Académie des sciences.

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle, le 6 février 1865, sous la présidence de M. Morin.

M. Elie de Beaumont a lu l'éloge historique de M. Auguste Bravais.

Nous reproduisons les rapports sur les prix de médecine et de chirurgie, partie du programme qui nous intéresse plus particulièrement.

PRIX DE MÉDECINE ET CHIRURGIE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

Rapport sur le concours de l'année 1864 (Commissaires : MM. Rayer, J. Cloquet, Jobert de Lamballe, Velpeau, Flourens, Longet, Serres, Milne Edwards, Claude Bernard, rapporteur).

Tous les ans, la commission des prix de médecine et de chirurgie reçoit et examine un très-grand nombre d'ouvrages et de mémoires. Outre que ces concours annuels sont utiles aux progrès de la médecine en stimulant par des récompenses le zèle des travailleurs, ils présentent encore pour la commission un intérêt particulier et une sorte d'enseignement. On comprendra en effet que le choix des questions et des sujets de travaux envoyés chaque année au concours étant libre et spontané, la nature même de ces travaux et la manière dont ils sont traités, puissent, jusqu'à un certain point, indiquer la direction actuelle de la médecine et refléter ses tendances. Or, il est facile de voir que les diverses parties de la science médicale, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, plus séparées et plus isolées à leur début, tendent, à mesure qu'elles se développent et s'accroissent, à se rapprocher de plus en plus, de manière à se prêter un mutuel appui dans une conception scientifique commune. Aujourd'hui, plus qu'à aucune autre époque, on traite la plupart des questions de pathologie dans la médecine humaine en les éclairant par la pathologie comparée et en les analysant au moyen d'expériences faites sur les animaux. La grande majorité des travaux que votre commission a eu à récompenser cette année, et sur lesquels elle va avoir l'honneur de vous faire un rapport, présente en effet ce caractère ; et la commission s'en félicite, parce que c'est seu-

lement au moyen de ces études analytiques expérimentales que la médecine, la plus difficile et la plus complexe de toutes les sciences, pourra sortir peu à peu du domaine de l'empirisme et entrer graduellement dans la méthode expérimentale qui est la seule voie commune à toutes les sciences physiques et naturelles.

Cette année, la commission a décerné trois prix :

1° A M. Zenker, pour ses recherches sur la maladie trichinaire;

2° A M. Marey, pour son ouvrage sur la physiologie médicale de la circulation;

3° A MM. Ferdinand Martin et Collineau, pour leur mémoire sur la coxalgie.

M. Zenker a adressé au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un mémoire sur une maladie parasitique qui s'est révélée subitement aux médecins dans ces dernières années, bien qu'il ne soit pas douteux qu'elle existât de tout temps. En effet, nous avons autour de nous une multitude de phénomènes que nous voyons, mais que nous ignorons cependant, parce que nous ne les comprenons pas. Puis tout à coup survient un concours de circonstances qui fait jaillir la lumière, c'est-à-dire qui fait naître l'idée féconde et lumineuse qui à la fois éclaire les observations du passé et pousse l'expérimentation dans une voie sûre d'où se dégage bientôt la vérité. Tel est le cas qui s'est présenté pour la maladie trichinaire qui va nous occuper.

Vers 1835, on observa en Angleterre, dans les muscles de quelques cadavres, des petits vers microscopiques enroulés sur eux-mêmes et renfermés chacun dans une petite poche ou kyste. Notre illustre associé M. Richard Owen, qui étudia l'organisation de ces vers, les rangea parmi les nématoïdes et leur donna le nom de *trichina spiralis*. De semblables observations furent bientôt reproduites en Angleterre, en Allemagne, en Danemark, en France, en Amérique, et il fut établi que les trichines, qui sont des vers de 1 à 2 millimètres de longueur, renfermés dans un kyste à peine visible à l'œil nu, peuvent se rencontrer chez un certain nombre d'espèces animales, de même que chez l'homme. On constata en outre que ces vers ont pour siége les muscles striés et qu'ils peuvent exister parfois en nombre immense, de manière à envahir tout le système musculaire. Mais d'où venaient ces trichines et comment arrivaient-elles dans les muscles ? Ces vers ne devaient pas se reproduire sur place, car la trichine musculaire est dépourvue d'organes sexuels. Il n'y avait plus à faire intervenir des hypothèses de génération spontanée, car l'helminthologie venait d'entrer dans la voie féconde de l'expérimentation, et l'on savait déjà que beaucoup de vers parasites naissent souvent dans d'autres lieux que ceux où on les rencontre et qu'ils doivent, à cause de cela, faire des migrations et subir parfois de singuliers changements de formes dans une succession de générations alternantes. La méthode expérimentale était donc celle qu'il fallait suivre pour essayer de remonter à l'origine de la trichine musculaire de l'homme.

M. Herbst, de Gœttingue, en 1850, entra dans cette voie en faisant manger à trois jeunes chiens de la chair d'un blaireau contenant des trichines. Il constata la transmissibilité trichinaire, car les muscles des chiens nourris avec cette viande montrèrent plus tard des trichines dans leur tissu. Mais M. Herbst ne découvrit rien qui pût le mettre sur la voie du mécanisme de cette transmission, car les trichines des muscles des chiens étaient également dépourvues de sexe. En 1859, notre célèbre correspondant de Berlin M. le professeur Wirchow s'occupa de la question et lui fit faire un pas important. Après avoir

donné à manger à un chien des muscles d'homme envahis par des trichines, il trouva, trois jours après, dans l'intestin grêle de cet animal, des vers très-semblables aux trichines musculaires, mais plus grands et contenant des ovules reconnaissables. M. Wirchow pensa que ces vers étaient des trichines adultes ayant acquis des organes génitaux, mais il ne donna pas de détermination générique et il ne poussa pas plus loin ses investigations pour établir son idée. C'est ce qui fit que, quelques mois après, M. Leuckart crut avoir complété et expliqué l'expérience de M. Wirchow en annonçant qu'il avait nourri un jeune cochon avec de la chair trichinée et qu'à la suite il avait trouvé des milliers de trichocéphales sexués dans l'intestin de cet animal, d'où il tira cette conclusion, aujourd'hui reconnue erronée, que la trichine de l'homme est la larve du trichocéphale *dispar*.

Les choses en étaient là et la question réduite à un simple problème d'histoire naturelle, quand, en 1860, M. Zenker apporta dans la science un fait dont la signification lumineuse éclaira subitement la transmission de la trichine chez l'homme, transmission qui devint dès lors une question de pathologie et d'hygiène des plus importantes. Voici dans quelles circonstances se sont produits les faits, et tels que M. Zenker les raconte dans son mémoire.

Le 12 janvier 1860, il entra à l'hôpital de Dresde, dans le service de M. Walther, une jeune fille avec des symptômes graves qu'on ne put rapporter qu'à ceux d'une fièvre typhoïde; cependant le gonflement de la rate et les taches lenticulaires manquaient à ce cortége de symptômes. La jeune fille mourut le 27 janvier, et M. Zenker fit son autopsie pour y rechercher des lésions musculaires typhiques qu'il avait trouvées antérieurement sur d'autres cadavres, et dont il a d'ailleurs fait part à l'Académie. Mais quel ne fut pas l'étonnement de M. Zenker quand, au lieu de rencontrer cette fois les lésions musculaires propres à la fièvre typhoïde qu'il cherchait, il trouva des milliers de trichines non sexuées, *à l'état libre* dans le tissu musculaire, et non encore enkystées, ce qui est un point très-important pour montrer que l'importation de ces trichines était toute récente. De plus, M. Zenker trouva dans l'intestin grêle une grande quantité de trichines adultes et sexuées; il distingua les mâles des femelles, et vit le corps de ces dernières rempli d'ombryons vivants qui ressemblaient aux trichines sans sexe trouvées dans les muscles de la même jeune fille. Donc, pour la première fois, M. Zenker constata que chez le même individu il peut exister des trichines adultes sexuées dans l'intestin et des trichines larves sans sexe dans les muscles. De telle sorte qu'en perçant les parois de l'intestin, ces larves pouvaient émigrer dans le tissu musculaire strié, soit par une migration directe, soit par le chyle et par le sang.

A la suite de cette autopsie, M. Zenker arriva à cette conclusion, que cette jeune fille n'était point morte d'une fièvre typhoïde; car il ne trouva pas dans l'intestin les caractères anatomiques pathognomoniques de cette affection. Il pensa en outre qu'elle devait avoir succombé à une infection trichineuse récente, par suite d'une alimentation avec de la viande contenant de ces vers. C'est alors que M. Zenker commença une enquête sur les antécédents de la jeune fille, avant son entrée à l'hôpital le 12 janvier 1860. Il apprit que le fermier chez lequel la jeune fille avait été servante, avait tué un cochon le 21 décembre 1859; il sut, en outre, que la fermière et le boucher qui avaient mangé de la viande de ce porc avaient également été malades, avec les mêmes symptômes et dans le même temps que la jeune fille; mais que seulement ils s'étaient rétablis, le boucher plus difficilement, parce qu'il avait été plus ma-

lade. M. Zenker demanda qu'on lui remît de la viande de ce porc, et il constata qu'elle était remplie de trichines.

De tout cet ensemble, qui montrait si clairement la relation des faits, M. Zenker admit qu'il existe chez l'homme une maladie qui résulte de l'immigration des trichines de l'intestin dans les muscles, et que cette maladie devient mortelle quand, après l'ingestion d'une grande quantité de viande trichinée, l'immigration est trop considérable.

Cette observation de M. Zenker fonda l'histoire pathologique de la maladie trichinaire et ouvrit une ère nouvelle pour les recherches expérimentales. M. Zenker lui-même entreprit des expériences sur les animaux avec les muscles trichinés de la jeune servante, et en même temps il envoya des morceaux des mêmes muscles à MM. Leuckart et Wirchow, en leur demandant de vouloir bien faire parallèlement des expériences et des recherches semblables. Entre les mains d'observateurs et d'expérimentateurs aussi éminents, la question fit des pas de géant. En peu de temps les expériences de ces savants se répandirent partout; en France elles furent répétées, confirmées et étendues par M. Davaine. D'autre part, les observations d'infection trichineuse se multiplièrent particulièrement en Allemagne, dans les pays où l'on fait usage dans l'alimentation de la viande de porc crue. Cette maladie, inconnue jusqu'à M. Zenker, se compta bientôt par centaines de cas, dont un grand nombre mortels. On observa des épidémies de cette infection parasitique, sévissant sur des familles ou dans des pays entiers, quand de la viande de porc trichinée avait été livrée à la consommation. Enfin, tout récemment, M. Wirchow, avec l'autorité d'un nom qui est à la tête de la médecine scientifique en Allemagne, a appelé l'attention sur les mesures préventives à employer contre cette nouvelle maladie contagieuse. Les gouvernements s'en préoccupent, et c'est dans ce moment une question de médecine et d'hygiène publique à l'ordre du jour.

La commission doit s'arrêter dans cette histoire, parce que maintenant son rôle est fini. Il lui suffit d'avoir montré à l'Académie, par le résumé historique très-succinct qui précède, que M. Zenker a été le véritable promoteur de la maladie trichinaire parmi tous ceux qui ont contribué à la faire bien connaître. En conséquence, la commission décerne à M. Zenker, d'Erlangen (ci-devant à Dresde) un prix de médecine de 2,500 francs.

M. Marey a adressé au concours des prix de médecine et de chirurgie un ouvrage *sur la physiologie médicale de la circulation*. Ce livre est le fruit de plusieurs années de recherches ingénieuses et persévérantes. Déjà des rapports favorables ont été faits à l'Académie sur des points importants qui se retrouvent dans le livre de M. Marey, ce qui permettra à la commission d'être plus brève dans son rapport, de se borner seulement à caractériser l'esprit général de l'ouvrage.

M. Marey a eu pour but constant, dans ces recherches tout expérimentales, d'opérer le rapprochement le plus intime possible entre les phénomènes physiologiques et pathologiques de la circulation du sang. Il a voulu ainsi simplifier la pathologie et l'expliquer par la physiologie. M. Marey divise son ouvrage en deux parties : une première partie physiologique, une deuxième pathologique ou médicale. Dans la première partie l'auteur a analysé expérimentalement tous les phénomènes simples de la circulation, qu'il a cherché à reconstituer ensuite synthétiquement; mais ce qui caractérise surtout cette première moitié de l'ouvrage, c'est le soin extrême apporté par l'auteur à imaginer tout ce qui peut perfectionner les procédés graphiques ou enregis-

teurs des mouvements circulatoires. Telle est l'invention d'un sphygmographe nouveau et la construction, en commun avec M. Chauveau, d'appareils spéciaux de sondes et d'ampoules pour retracer les divers temps de la circulation cardiaque. Sans doute M. Marey a eu dans cette voie de nombreux prédécesseurs ; mais il n'en a que plus de mérite d'avoir pu encore ajouter et améliorer. M. Marey possède un esprit ingénieux et inventif, qui lui a permis de porter cette partie hémométrique de la physiologie à un degré de perfection qu'on n'avait pas atteint avant lui.

Dans la deuxième partie de son livre, M. Marey s'occupe d'abord de la fièvre et de l'algidité ; il cherche naturellement à en trouver l'explication dans ce que la physiologie moderne a appris sur les modifications imprimées par le système nerveux à la circulation dans les vaisseaux capillaires. Dans les chapitres suivants, M. Marey se livre à des études physiologico-cliniques du pouls. A l'aide de son sphygmographe, il a retracé les formes diverses du pouls dans les fièvres, dans l'altération sénile des artères, dans les oblitérations artérielles, dans les anévrysmes artériels, dans les maladies du cœur, etc., etc. Sans entrer dans les détails de toutes ces applications, qu'il nous est impossible d'aborder ici, nous dirons d'une manière générale que cette analyse sphygmographique des phénomènes morbides de la circulation est une voie difficile dans laquelle M. Marey a réussi plus d'une fois à donner des caractères précieux pour juger avec plus de précision des questions litigieuses de pathologie.

Sans doute, à l'aide de ces moyens graphiques et objectifs qui sont évidemment supérieurs en précision aux moyens subjectifs qu'emploie et qu'emploiera toujours le clinicien, M. Marey n'a pas encore résolu autant de questions qu'on aurait pu le désirer ; peut-être cela tient-il à ce qu'il est allé synthétiquement de la physiologie à la pathologie, au lieu de descendre analytiquement du phénomène pathologique à son étude expérimentale. Mais cela n'empêche pas que les essais de M. Marey ne soient une heureuse tentative accomplie dans une voie expérimentale et progressive. On lui doit déjà des acquisitions très-réelles faites pour la pathologie expérimentale et au profit de la solidarité étroite que l'on doit chercher à établir entre la physiologie et la médecine.

En conséquence, la commission décerne à M. Marey un prix de médecine de 2,500 francs.

MM. Ferdinand Martin et Collineau. La coxalgie ou maladie de l'articulation coxo-fémorale est une affection grave qui a occupé les chirurgiens de tous les temps et qui se trouve décrite dans tous les traités classiques de chirurgie. On comprend qu'il soit difficile de faire des découvertes dans des sujets tant explorés ; aussi la description de la coxalgie donnée par MM. Martin et Collineau dans le mémoire qu'ils ont adressé au concours des prix de médecine et de chirurgie n'offre-t-elle rien qui soit absolument nouveau. Les auteurs divisent la coxalgie en coxalgie capsulaire et en coxalgie osseuse ; ils examinent et discutent successivement les causes, le mécanisme et la signification du raccourcissement ou de l'allongement du membre, de même que de la luxation spontanée. Ils terminent par le diagnostic différentiel et le traitement. La commission a remarqué le mémoire de MM. Martin et Collineau à cause de la sage critique que les auteurs ont apportée dans cette étude de la coxalgie et particulièrement dans ce qui concerne le traitement de cette longue et grave maladie. En effet, les auteurs ont examiné avec détail et comparativement les diverses méthodes ou procédés employés pour arriver à la guérison quand elle est possible ; ils les ont jugés en s'appuyant toujours sur des raisons sérieusement motivées par

les faits et en traçant avec soin les diverses indications qu'il convient de suivre dans les différents cas. En outre, MM. Martin et Collineau ont imaginé un appareil propre à remplir ces diverses indications, et ils ont accompagné la description de cet appareil d'un grand nombre d'observations propres à démontrer son efficacité. Ces observations ont paru concluantes à la commission, et elle s'est décidée à récompenser ce travail tout pratique parce qu'elle n'a pas oublié que le fondateur des prix de médecine et de chirurgie a surtout voulu encourager tous les perfectionnements apportés dans l'art de guérir.

En conséquence, la commission décerne à MM. Ferdinand Martin et Collineau un prix de médecine de 2,500 francs.

Outre les trois prix dont il vient d'être question, la commission a accordé les mentions qui suivent :

A M. Ollivier, pour ses recherches expérimentales et cliniques sur l'albuminurie saturnine;

A M. Lemattre, pour ses recherches expérimentales et cliniques sur les propriétés de l'atropine et de la daturine;

A M. Willemin, pour ses recherches expérimentales sur l'absorption cutanée dans les bains;

A M. Lancereaux, pour ses recherches anatomo-pathologiques sur la thrombose et l'embolie cérébrales;

A M. Faure, pour ses recherches expérimentales sur les caillots fibrineux du cœur;

A M. Grimaud (de Caux), pour ses études sur l'hygiène appliquée et en particulier sur l'aménagement des eaux.

M. Ollivier. En soumettant des animaux aux conditions mêmes dans lesquelles sont placés les ouvriers qui travaillent aux préparations de plomb, c'est-à-dire en leur faisant respirer du blanc de céruse en poussière ou bien en imprégnant leurs aliments de cette substance, M. Ollivier a observé qu'outre les autres phénomènes d'empoisonnement, il se produisait une albuminurie qu'il a appelée *albuminurie saturnine*. L'urine albumineuse des animaux contenait du plomb, ainsi que le tissu des reins, qui présentaient les altérations de la maladie de Bright, c'est-à-dire les lésions de l'albuminurie ordinaire par inflammation du tissu rénal. Le mémoire de M. Ollivier est un travail de pathologie expérimentale clair et bien fait. L'auteur a prouvé le rapport qui existe entre la présence de l'albumine dans l'urine et le passage du plomb dans le rein, en montrant que l'albumine apparaît quand le plomb arrive, et que l'albumine disparaît quand le plomb cesse d'être éliminé. De sorte que l'albuminurie saturnine est une albuminurie passagère, à moins que l'élimination du plomb trop longtemps prolongée n'ait amené une néphrite chronique. Au moyen de ces expériences, on a pu donner une signification précise aux altérations du rein ou aux albuminuries passagères parfois observées chez l'homme dans l'empoisonnement par le plomb. C'est donc un progrès réel accompli dans la pathologie. En conséquence, la commission accorde à M. Ollivier une mention, avec la somme de 1,000 francs.

M. Lemattre. Voici les conclusions de l'auteur relativement aux propriétés de la belladone, du datura, de la jusquiame, et des alcaloïdes atropine et daturine. A dose thérapeutique, il y a souvent altération de la sensibilité, fourmillements et tremblements dans les membres inférieurs. Appliqués localement, les agents cités plus haut font disparaître la douleur et étendent à une certaine sphère leur action anesthésique. La pupille est toujours dilatée, le plus souvent la vi-

sion se trouble et l'accommodation de l'œil est atteinte. La sécheresse de la bouche et de la gorge est un symptôme aussi constant que la mydriase oculaire. A dose toxique, les substances citées ci-dessus amènent des troubles des facultés intellectuelles, hallucination de la vue, délire spécial des solanées, troubles de la sensibilité ou anesthésie, hypéresthésie, abolition de la vue. Les troubles de la myotilité consistent en des mouvements s'exerçant fatalement dans un sens déterminé et sous forme de mouvements de manége. Enfin arrive la mort, avec des convulsions générales ou partielles, toniques ou cloniques.

M. Lemattre a fait un grand nombre d'expériences sur les animaux pour analyser expérimentalement tous les phénomènes observés sur l'homme, et reproduits chez les animaux eux-mêmes. Nous ne pouvons pas suivre ici l'auteur dans toutes ses expériences; nous nous bornerons à dire que le travail de M. Lemattre est un travail expérimental très-considérable, exécuté dans une bonne direction et tout à fait digne d'être récompensé. En conséquence la commission accorde à M. Lemattre une mention, avec la somme de 1,000 francs.

M. Willemin. Il est des questions de médecine et de physiologie qui portent sur des sujets si complexes et si difficiles, qu'il faut du courage et du dévouement scientifique pour les aborder, parce que jamais les résultats ne peuvent récompenser suffisamment de la peine et du travail qu'ils ont coûtés. Tel est le sujet de l'absorption cutanée dans les bains, traité par M. Willemin dans deux mémoires considérables qu'il a adressés au concours. M. Willemin a exécuté plusieurs séries de nombreuses expériences faites sur lui ou sur d'autres personnes saines ou malades, d'après lesquelles il conclut que l'absorption par la peau dans les bains simples ou diversement minéralisés est incontestable. En admettant toutes les expériences de l'auteur, parce qu'elles sont fort bien instituées, le fait de l'absorption cutanée n'en ressort pourtant pas comme un fait d'une importance capitale. En effet, M. Willemin lui-même dit que cette absorption n'a lieu que dans des limites très-restreintes, et, tout en reconnaissant qu'il peut passer dans l'urine des traces d'un iodure dissous en forte proportion dans un bain, cela constitue des cas si exceptionnels, qu'il serait difficile par des faits de ce genre d'expliquer l'action médicamenteuse des bains minéraux. Ajoutons encore que ces conclusions relatives à l'absorption de l'eau tiède par la peau sont déduites par la comparaison des pertes de poids que le corps éprouve dans le même temps, exposé comparativement dans l'air ou dans un bain. Or, les fonctions de la peau sont encore si obscures, l'action d'un bain peut être si complexe, qu'il importe en pareille occurrence de garder toujours les plus grandes réserves et de ne pas aller au delà des faits. Toutefois, la commission n'en apprécie pas moins le travail de M. Willemin; elle considère que ces expériences constitueront des matériaux très-précieux pour l'histoire des fonctions de la peau et de l'action des bains. Elle lui accorde, en conséquence, une mention, avec la somme de 1,000 francs.

M. Lancereaux. Quand le sang cesse d'arriver dans un tissu quelconque par suite de l'oblitération des artères, on conçoit que la nutrition de ce tissu venant à cesser ou à être profondément modifiée, il en résulte des altérations de structure et des troubles de fonctions. M. Lancereaux a étudié les altérations microscopiques qui surviennent dans le cerveau après la thrombose ou l'embolie qui ont pour effet d'obstruer les artères cérébrales. Il a observé des ramollissements à formes distinctes, mais ne constituant cependant dans leur ensemble que les degrés d'un même processus pathologique. Il propose de classer ainsi ces ramollissements : 1° ramollissement par occlusion vasculaire; 2° ramollis-

sement inflammatoire (encéphalite aiguë ou chronique); 5° ramollissement mécanique (traumatisme et tumeurs). M. Lancereaux a encore envoyé au concours d'autres mémoires, savoir : sur les hémorrhagies méningées dans leurs rapports avec les fausses membranes de la dure-mère; sur l'amaurose liée à la dégénérescence des nerfs optiques dans le cas d'altération des hémisphères cérébraux; sur l'endocardite ulcéreuse; sur l'infection par produits septiques internes; sur l'altération des nerfs et des muscles dans l'intoxication saturnine; sur la dégénérescence graisseuse des éléments du foie, du rein et des muscles de la vie animale dans l'empoisonnement par le phosphore. Les résultats importants que renferment tous ces mémoires, que nous ne pouvons ici que citer, ont fait placer M. Lancereaux au rang des jeunes médecins anatomo-pathologistes les plus distingués et les plus laborieux. La commission juge ses travaux très-dignes d'être récompensés.

En conséquence, elle accorde à M. Lancereaux une mention, avec la somme de 1,000 francs.

M. Faure. A l'aide de l'expérimentation sur les animaux, M. Faure a cherché à déterminer quelles sont les conditions qui favorisent pendant la vie la formation spontanée des caillots fibrineux dans le cœur. Les résultats de ses expériences montrent qu'il est très-difficile, sinon impossible, de produire ces caillots pendant la vie. En faisant l'autopsie aussitôt après la mort, on ne trouve généralement pas de caillots fibrineux dans le cœur par les divers genres de mort auxquels on fait succomber les chiens. Cependant M. Faure a remarqué que dans la mort par suite de la blessure du cerveau il se rencontrait plus souvent des caillots fibrineux dans le cœur; on en constate alors environ quatre fois sur dix. Cela tient sans aucun doute à ce que, dans ces cas, l'animal se refroidit, et à ce que la circulation se ralentit très-graduellement et très-lentement. Les expériences de M. Faure sont faites avec soin, et elles offrent beaucoup d'intérêt pour les médecins. En effet, aujourd'hui que la doctrine des embolies par formation de caillots sur place et par migration de caillots formés dans un lieu éloigné a acquis un grand retentissement, il devient de plus en plus nécessaire, pour éviter les erreurs, de bien faire connaître les caractères des caillots et de bien déterminer le mécanisme et les conditions de leur formation.

La commission a donc jugé ces sortes de recherches comme très-dignes de récompense. En conséquence, elle accorde à M. Faure une mention, avec une somme de 1,000 francs.

M. Grimaud (de Caux) a adressé au concours les divers travaux d'hygiène appliquée dont les titres suivent : 1° Base et principes de construction d'une carte hygiénique de la France; 2° Du climat et en particulier des lieux de Venise; 3° De la Seine et des égouts de Paris; sur les moyens de purifier la Seine à Paris et d'en tirer tous les services que les cours d'eau rendent aux populations établies sur leurs rives; 4° Des rivières et de leurs rapports avec l'industrie et l'hygiène des populations; 5° Notes relatives au canal de Marseille et à l'influence des eaux de la Durance sur le climat de cette ville.

Les travaux d'hygiène appliquée sont, en raison de leur importance, au premier rang parmi ceux que la commission des prix de médecine est appelée à récompenser. Les études que M. Grimaud (de Caux) a publiées dans cette voie sont le résultat d'une expérience de trente années appliquée à des faits que l'auteur est souvent allé vérifier au moyen de voyages et de déplacements difficiles et onéreux.

La commission a jugé ces études dignes de récompense : en conséquence, elle accorde à M. Crimaud (de Caux) une mention, avec la somme de 1,500 francs.

En terminant, la commission doit encore citer un certain nombre d'auteurs dont les travaux importants ont fixé son attention :

M. Pétrequin, pour son mémoire sur une nouvelle méthode de guérison des anévrysmes au moyen de la galvano-puncture. Cet auteur a ouvert la voie relativement aux diverses méthodes qui ont été proposées dans ces derniers temps pour guérir les anévrysmes en supprimant l'opération sanglante de la ligature.

M. Abeille, pour son *Traité des maladies à urines albumineuses et sucrées et du diabète sucré dans leurs rapports avec les maladies.*

M. Delioux de Savignac, pour son *Traité de la dysenterie.*

M. Courty, pour son mémoire sur les *Substitutions organiques.*

M. Foley, pour son mémoire sur le *Travail dans l'air comprimé.*

M. Millet, pour son *Traité de la diphthérite du larynx.*

M. Jacquart, pour son travail *Sur la valeur de l'existence de l'os épactal comme caractère de race.*

M. Schnepp, pour son ouvrage *Du climat de l'Égypte, de sa valeur dans les affections de la poitrine comme station hibernale.*

(*La suite prochainement.*)

— La Société de biologie, dans sa séance du 4 février 1865 et sur le rapport de la commission composée de MM. Charcot, Martin-Magron, Robin, Vulpian et Gubler, rapporteur, a décerné le prix E. Godard (500 francs) à M. Cayrade, docteur en médecine, demeurant à Decazeville (Aveyron), auteur du mémoire ayant pour titre : *Recherches critiques et expérimentales sur les mouvements réflexes.*

De plus, la Société a accordé une mention honorable à M. le docteur Samuel Chédevergne, auteur du mémoire ayant pour titre : *De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives, inflammatoires et hémorrhagiques.*

Tous ceux qui aiment la science et qui s'intéressent à ses progrès ont été profondément affligés par la mort inattendue du docteur Gratiolet, professeur de zoologie à la Faculté des sciences, président pour l'année dernière, de la Société d'anthropologie. Auteur de travaux remarquables sur le système nerveux, professeur des plus éloquents, Gratiolet n'était arrivé que tout récemment à une position digne de son mérite ; aussi ne laisse-t-il à ses enfants que son nom pour héritage. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'un concours immense. Son Exc. M. Duruy avait voulu rendre personnellement hommage au savant si regretté. Déjà le ministre avait pris à la charge de son ministère les frais funéraires ; et le jour même il accordait une bourse à l'un des enfants que la mort de Gratiolet frappait si cruellement. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe par MM. Milne Edwards, Frémy, Broca et Alix.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'association de la médication irritante et de la médication stupéfiante locales.

Par M. le docteur E. Besnier, médecin du Bureau central.

La présente note a principalement pour but d'appeler l'attention sur l'utilité de faire précéder, d'une manière générale, les applications stupéfiantes d'une vive irritation de la peau. Tout le monde sait que les topiques irritants, les sinapismes par exemple, constituent un moyen très-actif pour calmer un grand nombre de manifestations douloureuses, et particulièrement celles qui ont leur siége dans les régions thoracique et abdominale (pleurodynie idiopathique et symptomatique, névralgies rhumatismales et autres, coliques diverses, etc.). Le plus ordinairement, toutefois, le soulagement obtenu pendant la durée de l'irritation locale cesse rapidement, et celle-ci, d'autre part, ne peut être prolongée bien longtemps, ni renouvelée incessamment. Dans ces circonstances, il m'est arrivé si souvent déjà de prolonger le calme obtenu par l'irritation de la peau, *en substituant immédiatement aux applications irritantes des topiques stupéfiants*, que j'ai été amené à adopter cette méthode comme *règle générale*.

Bien des praticiens, assurément, ont eu recours à des frictions calmantes après avoir préalablement rubéfié la peau à l'aide de sinapismes, et quelques-uns d'entre eux ont dû être frappés des heureux résultats produits par cette association ; mais je ne sache pas que le précepte que j'indique ait été formulé nulle part, et que la méthode dont il est question ait jamais été conseillée à titre de règle générale, applicable à tous les cas dans lesquels il s'agit de combattre les manifestations douloureuses locales.

La méthode stupéfiante endermique, l'acupuncture multiple et simultanée, telle qu'elle a été proposée dans ces dernières années, les injections sous-cutanées, etc., constituent, je ne le mets pas en doute, des ressources précieuses contre le phénomène douleur, mais ces moyens sont tous plus ou moins compliqués et peuvent causer même quelques accidents : le procédé que nous préconisons se recommande, au contraire, par sa simplicité et par la facilité de son exécution, toutes conditions de première importance en médecine pratique.

En résumé, toutes les fois que le médecin juge nécessaire de

faire, en un point quelconque, des applications stupéfiantes, nous pensons qu'il trouvera grand avantage à faire précéder immédiatement ces applications d'une irritation plus ou moins vive de l'enveloppe cutanée. Cette irritation sera produite à volonté, et suivant les circonstances, par l'eau chaude, les sinapismes, les ventouses sèches (moyen anesthésique précieux et trop négligé), la faradisation, etc. Quant au choix des préparations stupéfiantes qui devront être employées, il variera, nécessairement, suivant les cas particuliers; mais les plus rapidement actives seront les préparations opiacées et belladonées, formulées à dose suffisante. Dans les cas où la douleur locale est légère, ou de moyenne intensité, une sinapisation assez énergique, suivie de l'application de cataplasmes chauds, recouverts de teintures d'opium ou de belladone, sera suffisante; mais si celle-ci persiste ou reparaît après avoir cédé d'abord, il faudra renouveler la sinapisation à intervalles convenables, et élever la dose des agents stupéfiants employés. En toute occurrence, ces moyens simples, et qui sont acceptés par tous les malades, pourront être essayés avant de proposer une intervention plus énergique, qu'ils rendront, d'ailleurs, souvent inutile.

Sans vouloir édifier une théorie sur le mécanisme des actions thérapeutiques dont il est actuellement question, on peut faire remarquer qu'il n'y a pas seulement ici l'addition de deux médications propres à calmer la douleur, mais production par l'application irritante d'un éréthisme vasculaire et nerveux qui est, vraisemblablement, de nature à favoriser l'action des topiques stupéfiants; en second lieu, la perturbation produite par la succession immédiate de deux actions thérapeutiques opposées peut être également invoquée. Mais je ne veux pas insister plus longtemps: si la méthode est bonne, le plus utile est de la faire connaître, et il importe fort peu en ce moment de disserter à son endroit. Je dois dire, toutefois, que cette dernière considération m'a conduit à un autre résultat pratique: je veux parler d'*applications permanentes de glace* (1)

(1) Je ne saurais trop recommander, pour l'usage externe de la glace en général, l'emploi des vessies en caoutchouc vulcanisé, à l'exclusion, toutes les fois que cela sera possible, des vessies animales, toujours très-perméables, qui inondent les pièces de literie, et contractent rapidement une odeur insupportable. Malheureusement, le prix très-élevé des appareils en caoutchouc est un obstacle considérable à la généralisation de leur emploi. Dans la pratique civile, comme dans les services hospitaliers, les applications de glace sont généralement très-mal faites, et elles réclament, de la part du médecin, une surveillance extrême à l'égard du malade, non moins que sur les

faites sur des parties excitées par des préparations irritantes, ou dont la température a été préalablement élevée par des fomentations chaudes. Dans quelques cas de coliques abdominales très-violentes (coliques hépatiques, utérines, etc.), ayant résisté aux médications les plus énergiques et les plus variées, j'ai pu obtenir un succès inespéré. Peut-être, dans certains étranglements internes ou externes de l'intestin, pourrait-on obtenir parfois un heureux résultat, en produisant ainsi une perturbation énergique au niveau des parties compromises.

De l'hémiplégie de cause dyspeptique.

Par M. le docteur O. Pihan-Dufeillay, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École de médecine de Nantes.

Les questions médicales se résolvent vite à notre époque ; il suffit de quelques années pour voir s'élever, puis décliner certaines écoles, dont les idées hardies et malheureusement trop souvent exagérées eussent mis jadis bien du temps à cheminer et à gagner droit de cité dans la science. Quarante ans à peine nous séparent de l'époque où un réformateur audacieux, au comble de sa gloire, faisait plier hommes et faits sous les lois de sa doctrine. Que nous reste-t-il, aujourd'hui, de tant d'assertions et de brillantes théories ? Rien ou bien peu de chose, et la médecine, en quelque sorte rénovée, cherche en d'autres voies la solution de ses inépuisables problèmes. Bien plus, ne semble-t-il pas que, dépassant les bornes d'une juste discussion, chaque école nouvelle soit fatalement entraînée à faire table rase des opinions de ses devancières, sauf à revenir, une fois la première énergie de la réaction apaisée, à une appréciation moins partiale des travaux qu'elle a combattus. C'est alors seulement qu'elle reconnaît les vérités enfouies çà et là au milieu de faits torturés et de raisonnements spécieux dont le séduisant échafaudage a convaincu le maître et entraîné les disciples.

Y eut-il jamais en France école plus brillante, plus enthousiaste, plus sûre d'elle-même que l'école physiologique. Et cependant,

---

personnes qui l'entourent... ; il est de toute nécessité que la vessie reste appliquée exactement sur la région malade, que la glace dont elle est remplie soit réduite en fragments extrêmement petits, et que celle-ci soit renouvelée aussitôt qu'elle est entrée en fusion. Tous ceux qui surveillent l'exécution des moyens qu'ils prescrivent, savent combien il est difficile d'obtenir une soumission parfaite à ces dernières prescriptions.

quelques années à peine s'étaient écoulées, que l'irritation et l'inflammation cessaient d'être la base de toutes les maladies; on reléguait presque la gastrite parmi les curiosités pathologiques; les sympathies morbides n'étaient plus, ou peu du moins s'en fallait, qu'un ingénieux artifice à l'aide duquel un homme célèbre avait eu le talent de masquer l'insuffisance de sa doctrine.

Le temps a marché; peu à peu les idées nouvelles se sont substituées aux anciennes, et la médecine a revêtu une fois encore un nouvel aspect. Et pourtant, qu'on examine de près quelques-unes de ces idées, de celles-là même qui paraissent les plus fertiles en conséquences utiles, qu'on les dépouille du vernis moderne et de l'expression originale dont on les a revêtues, et maintes fois on sera frappé de leur analogie avec ces mêmes opinions qu'on a combattues sans relâche et dont chacun s'est empressé de déclarer la fausseté. C'est que les faits observés demeurent et demeureront toujours les mêmes; la manière de les interpréter a seule changé et changera certes bien des fois encore. Qui oserait aujourd'hui parler à tout propos de gastrites? Mais en revanche, quel praticien ne pourrait faire un formidable relevé des victimes à lui connues de la dyspepsie? Est-il un médecin qui voudrait actuellement défendre la théorie broussaisienne des sympathies morbides, et cependant n'admet-on point comme vérités démontrées les rapports intimes purement sympathiques qui relient aux troubles chroniques de la digestion toute une série d'accidents nerveux aussi pénibles qu'effrayants pour le malade? Les troubles des sens, l'affaiblissement musculaire, les vertiges, les pseudo-congestions des centres nerveux forment à la dyspepsie un cortége à variétés presque infinies, que n'explique aucune lésion palpable de l'encéphale ou des cordons qui en partent. Ce sont là, cependant, vérités admises que confirme chaque jour l'action efficace que perçoivent ces accidents du traitement spécialement dirigé contre la dyspepsie gastrique.

Longtemps on a considéré ces phénomènes nerveux comme l'apanage presque exclusif de la congestion sanguine encéphalique: le vertige était le précurseur infaillible de l'apoplexie; l'étourdissement, les troubles de la vue appelaient fatalement la saignée; traiter enfin de tels accidents par les toniques, les amers, le régime analeptique eût passé pour le comble de l'ignorance ou de l'originalité. Or, il est arrivé que ces erreurs de la veille sont devenues les vérités du lendemain. La voie une fois ouverte, l'observation a rapidement accru la liste des accidents purement sympathiques

de la dyspepsie. Il a pu sans doute, au milieu de faits recueillis par tant de gens, se glisser quelques erreurs; toutefois, si quelques points de détail restent contestables, on ne saurait douter de l'ensemble en présence de la masse des faits et de l'accord qui règne entre les observateurs que ne discipline aucune règle commune.

Accumuler les faits même bizarres est donc ici la première règle; les comparer et les juger, la seconde. C'est pour cela que j'ai cru devoir publier l'histoire de deux malades que j'ai eu récemment l'occasion d'étudier, sans oser toutefois en tirer des conclusions certaines.

Il s'agit de deux cas d'hémiplégie subite, simulant au premier abord l'hémiplégie liée à l'hémorrhagie cérébrale, et que les conditions spéciales au milieu desquelles elles sont survenues, m'ont engagé à considérer comme liées à la dyspepsie gastrique, au même titre que les anesthésies cutanées, les vertiges, les faiblesses musculaires, etc.

Obs. I. M. J. L***, ancien débitant de vins, aujourd'hui commerçant de vins en gros, est âgé de cinquante ans. Il est d'une constitution en apparence vigoureuse, n'accuse aucun antécédent diathésique, et a toujours joui jusqu'à ces dernières années d'une bonne santé. Malgré un usage peut-être excessif du vin blanc, ce malade n'offre aucun des caractères de l'alcoolisme; jamais du reste on ne l'a vu ivre. Il offre un teint fortement bourgeonné, est intelligent et actif en affaires. Aucun symptôme rationnel ou physique n'a fait jusqu'ici soupçonner une affection du cœur.

Depuis deux à trois ans ce sujet est affecté de dyspepsie gastrique caractérisée par de l'anorexie habituelle, par des vomissements survenant de temps à autre, tantôt après les repas, tantôt à jeun, par du malaise, de la sensibilité au froid, de la torpeur musculaire, enfin des vertiges de plus en plus fréquents dans ces derniers temps. Ces vertiges survenaient tantôt pendant les premières heures de la digestion, tantôt et surtout le matin au réveil et pendant les premières heures du jour, quelquefois enfin même au milieu du sommeil. La sensation de vide intra-céphalique, de tournoiement des objets extérieurs et de demi-nausée tendant à la syncope, qui accompagnait le vertige diurne, était assez intense pour réveiller le malade et lui annoncer le vertige nocturne. Des vomissements de matières muqueuses, acides, teintes parfois de matières bilieuses, succédaient quelquefois, quoique assez rarement, aux nausées, et suffisaient pour couper court très-rapidement au vertige.

Cet état persista longtemps avec de longues rémissions, presque toujours dues à la régularité du régime, ou avec des exacerbations coïncidant habituellement avec quelques légers excès, des préoccupations, ou un changement brusque des habitudes. Quelques accès de fièvre intermittente tierce aggravèrent l'état du malade au mois d'octobre et de novembre.

C'est dans ces conditions qu'au mois de décembre 1864, M. L*** fut obligé de faire coup sur coup plusieurs petits voyages fatigants, par un temps pluvieux et très-froid, et l'esprit préoccupé par la nouvelle des mauvaises affaires d'un correspondant avec lequel il était assez fortement engagé.

Le 7 décembre, il revenait d'un ces voyages, fatigué, se plaignant d'une augmentation et d'une aggravation très-sensibles de ses vertiges, accusant en outre des douleurs gastralgiques irrégulières et un sentiment constant d'appétit que la première bouchée d'aliments suffisait pour rassasier complétement. Il se coucha presque à jeun et s'endormit comme de coutume.

Dans le cours de la nuit, un vertige avec ses caractères habituels auxquels s'ajoutait un sentiment intense de brisure et d'engourdissement musculaires, réveilla M. L***. Il resta d'abord, comme il le faisait toujours en pareil cas, immobile, la tête étendue sur l'oreiller, les yeux fermés, afin de diminuer et de combattre le sentiment de nausée, que le moindre mouvement exagérait. Il demeura dans cette complète immobilité pendant quelques minutes, puis le vertige continuant à s'augmenter et le vomissement devenant imminent, il fit un effort pour se soulever et atteindre le vase de nuit; mais, à sa grande frayeur, il retomba sans pouvoir se soulever complétement et moins encore étendre le bras hors du lit. Il appela; sa femme et son fils accoururent auprès de lui, et une heure plus tard, vers quatre heures du matin, je le trouvai dans les conditions suivantes :

Paralysie totale du mouvement du côté gauche. Le bras et la main sont inertes; il en est de même du membre abdominal. La sensibilité cutanée est profondément modifiée; la peau, comme analgésiée, est presque insensible à la doulcur, malgré la conservation du tact. Le sujet sent et apprécie le contact des objets qui entourent le membre, quoiqu'il n'éprouve presque aucune douleur quand je pince ou pique la peau. Un examen ultérieur me démontra que ces modifications de la sensibilité n'étaient point uniformes sur tout le côté hémiplégié, mais variaient sensiblement d'intensité dans des points assez rapprochés les uns des autres.

La parole est nette, les traits de la face, la langue et la bouche sans déviations, l'intelligence intacte.

Soit marche naturelle, soit effet de l'émotion et de la crainte, le vertige avait complétement disparu quand je vis le malade. Il parlait avec abondance et entremêlait d'abord d'une manière assez confuse l'histoire des accidents de la nuit et ceux analogues, à la paralysie près, des jours précédents. Le pouls était agité, mais assez faible et régulier. Bientôt, cependant, il se calma sous l'influence de mes exhortations et me fit un récit détaillé de son dernier vertige.

Un de mes confrères, demeurant dans la même rue que le malade, s'apprêtait, quand j'arrivai, à lui pratiquer une saignée. Me basant sur la connaissance de longue date que je possédais des antécédents de ce sujet, sur l'intégrité de la bouche et des traits de la face, sur la netteté de la parole et de l'intelligence, enfin, sur la disparition incomplète de la sensibilité, je m'opposai à l'exécution de la saignée, et nous nous bornâmes à l'administration de légers diffusibles.

Le jour suivant, l'engourdissement musculaire diminua notablement, mais la paralysie persista ; le malade redevint parfaitement calme ; la miction et la défécation se firent normalement, et rien ne signala cette journée, sauf quelques très-légers et très-fugaces vertiges, qui se manifestèrent trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Le seul traitement auquel je soumis M. L*** fut l'emploi simultané de la rhubarbe, de la noix vomique, du fer, du manganèse et d'une très-faible dose d'opium, le tout mêlé sous forme d'un tout petit paquet avant chaque repas. L'alimentation fut surveillée de près et réglée de manière que le malade mangeât quatre fois par jour, à heures fixes, en petite quantité à chaque fois. La viande rôtie et grillée, quelques légumes bien cuits, de la bière, formèrent la base des aliments et de la boisson. Grâce à ce régime, aidé pendant les premiers jours de quelques diffusibles, tels que le thé chaud additionné d'un peu d'eau-de-vie, l'état du malade s'est rapidement amélioré. Treize jours après le début de l'hémiplégie, il se levait avec le secours d'un aide ; le 25 décembre il marchait avec une canne ; le 10 janvier, c'est-à-dire à peu près un mois après le début de la paralysie, la sensibilité cutanée était entièrement revenue en beaucoup de points, améliorée en quelques autres ; il sortait, recommençait à vaquer à ses occupations. Depuis cette époque sont survenues des fièvres intermittentes tierces, analogues à celles qu'il

a déjà à plusieurs reprises éprouvées au début de l'hiver. Ces accès ont pris une certaine intensité, malgré le traitement rationnel, et s'accompagnent depuis peu de jours d'un peu d'œdème des membres inférieurs, plus prononcé toutefois à gauche qu'à droite.

Cette observation, curieuse à plus d'un chef, montre une singulière coïncidence entre les troubles hémiplégiques et le développement maximum de la dyspepsie, point de départ chez ce sujet d'autres phénomènes nerveux très-accusés. La paralysie est survenue dans ce cas en quelque sorte comme le degré ultime de la lassitude et de l'affaiblissement musculaires qui accompagnent et suivent souvent le vertige dyspeptique. Ses caractères étaient d'ailleurs si distincts de ceux qui accompagnent l'hémorrhagie cérébrale, que je crus devoir mettre cette dernière origine en doute dès le premier instant. Cependant un fait de la sorte, tant qu'il reste unique, ne peut avoir grande valeur, en raison des causes nombreuses qui, dans l'examen de tout cas anormal, sont de nature à induire si aisément le médecin en erreur. Je me bornais donc à n'y attacher qu'un simple intérêt de curiosité, quand le hasard, qui semble dans la pratique grouper à plaisir les faits pathologiques en séries que rien ne justifie, me fournit, avant même la guérison de mon malade, l'occasion d'observer un nouveau cas offrant avec le précédent la plus entière analogie.

Obs. II. M. A. G*** est âgé de cinquante-huit ans. Il jouit d'une certaine aisance, habite les environs de Nantes dans de bonnes conditions de bien-être. Il n'offre ni antécédent diathésique appréciable ni affection du cœur. Depuis près de vingt ans il se livre avec régularité au travail fatigant de la tenue de caisse d'une grande maison de commerce de notre ville. Sa santé, toujours bonne, n'a commencé à s'altérer que depuis deux à trois ans, à la suite de préoccupations pénibles jointes à une augmentation de son travail quotidien. Les digestions devinrent peu à peu difficiles et fort longues ; l'inappétence alterna avec d'impérieux besoins de nourriture ; le vin, qui faisait toujours partie de l'alimentation habituelle du sujet, cessa d'être supporté, même à très-faible dose, et occasionna bientôt un pyrosis qu'exacerbait la plus légère ingestion de boissons vineuses. Le ventre se météorisait après les repas. Pendant les deux ou trois heures consacrées à la digestion, M. G*** éprouvait une gêne réelle à s'asseoir à son pupitre et à y travailler.

Ces accidents s'amendèrent à plusieurs reprises pour reparaître toujours de plus en plus sérieux après chaque rémission. Effrayé de cet état, M. G*** exagéra notablement mes prescriptions en se sou-

mettant à un régime d'une sévérité outrée ; il réduisit la quantité de son alimentation au strict nécessaire, en retrancha, de parti pris, tous les excitants, vin, café, épices, mais n'en continua pas moins ses longues et fatigantes séances de chaque jour à son cabinet.

Loin de s'améliorer, les digestions devinrent plus pénibles ; quelques vertiges s'y joignirent avec les caractères de nausée légère et de vacuité cérébrale. Poursuivi dès lors par une crainte hypocondriaque de l'apoplexie, M. G*** se montra d'une sévérité plus grande encore sur son régime.

Les vertiges n'en firent qu'augmenter, au point que plusieurs fois M. G*** fut obligé de s'arrêter au milieu de ses travaux et de suivre en marchant une ligne de pavés, afin de ne point dévier de son chemin. L'aspect extérieur du malade ne révélait nullement d'ailleurs les malaises auxquels il était en proie, et si sa préoccupation constante ne l'eût fait parler habituellement de ce sujet aux gens qu'il fréquentait, même rarement, ceux-là seuls, qui vivaient dans sa grande intimité, eussent pu s'apercevoir des troubles qu'il accusait si hautement.

Ce fut dans ces conditions que arriva la fin de l'année 1864, et avec elle l'augmentation des travaux qu'entraîne la terminaison de l'année commerciale. M. G*** fut obligé de prolonger ses écritures jusqu'à une heure avancée de la soirée, de manger à la hâte, et de supprimer le temps de repos dont il faisait habituellement suivre chacun de ses repas. Le trouble des digestions en fut exagéré, les vertiges se multiplièrent. Le 6 janvier, M. G*** fut pris pendant son déjeuner d'un étourdissement en tout semblable à ceux qu'il avait déjà éprouvés. Il se laissa glisser sur sa chaise et y resta étendu, les yeux fermés, dans un état de résolution musculaire presque complet. Au bout de quelques instants les phénomènes cérébraux diminuèrent, et M. G*** cherchait à se redresser, quand, à son grand étonnement, il se trouva dans la presque impossibilité de mouvoir tout le côté gauche du corps. La crainte de l'apoplexie qui l'obsédait si souvent se réveilla en lui plus vive que jamais ; je fus mandé immédiatement, et, deux heures après le début des accidents je trouvai le malade dans les conditions suivantes :

Paralysie du mouvement des membres thoracique et abdominal gauches ; persistance de la sensibilité de ces parties ; régularité de la direction de la bouche, de la langue ; rectitude des traits de la face ; intégrité des sens et de l'intelligence ; la parole est lente et un peu pâteuse, mais c'est là un caractère normal chez ce malade ; les

expressions sont justes et viennent sans effort. La respiration, la déglutition, la miction et la défécation n'offrent rien d'anomal. La seule différence bien tranchée qui différencie ce cas de celui de M. L*** est la persistance de toutes les formes de la sensibilité de la peau, qui n'offre aucune trace d'anesthésie. Les membres paralysés n'offrent aucune trace de contracture; le malade accuse un sentiment assez vif de courbature et de brisure dans les parties malades, principalement dans le membre abdominal.

En présence de cet état, je n'ai pas plus que dans le cas précédent eu recours aux émissions sanguines et aux révulsifs. Loin de là, la thérapeutique se borna à une alimentation plus abondante et surtout mieux réglée, d'après les mêmes principes que j'ai déjà exposés, avec abstinence d'aliments liquides, tels que chocolat, café au lait, soupes claires, etc., de féculents, de crudités. Quelques potions anodines, destinées bien plus à satisfaire aux exigences morales du sujet qu'à combattre l'affection, complétèrent le traitement.

Le 16 janvier, la paralysie avait progressivement diminué, au point de permettre au malade de marcher avec l'aide d'une forte canne. Le 25, il sortait; enfin il revenait à son cabinet reprendre ses travaux dans les premiers jours de février.

Il existe aujourd'hui encore de la faiblesse du côté malade, mais elle diminue chaque jour; les vertiges n'ont point reparu depuis une quinzaine de jours, les digestions sont meilleures, et tout fait croire que la guérison sera complète, si le malade abandonne ses idées erronées concernant son traitement et se soumet aux conditions d'hygiène sur l'importance desquelles il ne saurait trop insister.

Tels sont les faits qui m'ont semblé de nature à établir un rapport direct entre la dyspepsie et certaine forme de l'hémiplégie. Toutefois, il ne s'agit ici que de probabilités. Il existe tant de causes de nature à imprimer à quelques faits isolés leur caractère anormal, qu'on ne saurait, en l'absence de toute démonstration directe, leur assigner une valeur absolue. Et cependant, à quelle origine pourrait-on rapporter les accidents dont je fais ici l'histoire? Est-ce à l'hémorrhagie cérébrale? L'intégrité de la face, la netteté de la parole et de l'intelligence, la régularité de la bouche et de la direction de la langue, la persistance de la sensibilité tactile à la peau des parties hémiplégiées sont autant de signes négatifs qui éloignent l'idée d'une lésion même très-restreinte de l'encéphale. Si même on élimine l'idée de l'hémorrhagie et qu'on se borne à supposer une congestion fugace, une oblitération vasculaire, ou

toute autre altération subite et très-limitée de la pulpe nerveuse, comment admettre qu'une lésion assez légère ou assez passagère pour n'entraîner aucun des phénomènes intellectuels, faciaux ou respiratoires qui trahissent presque toutes les lésions de l'encéphale, se soit trouvée d'autre part assez puissante pour occasionner pendant un laps de temps aussi long une hémiplégie si nettement accusée.

Ce que je dis de l'hémorrhagie cérébrale s'applique, à plus forte raison, au ramollissement dont la marche et la terminaison sont d'ailleurs tout autres que celles que j'ai signalées ici. Une lésion du cervelet pourrait, il est vrai, expliquer la persistance de l'intelligence, l'état normal de la face; mais je n'ai constaté aucun des troubles du mouvement et des signes positifs que les travaux récents ont assignés aux affections de cet organe. Une altération subite du bulbe eût entraîné des troubles respiratoires qui ont fait défaut. Une modification subie par un des faisceaux moteurs de la moelle eût peut-être expliqué ces accidents, mais comment la faire concorder avec l'intégrité de la respiration costale et les troubles du sentiment cutané manifestés par l'un des deux sujets. Enfin le rétablissement rapide des malades, l'amélioration simultanée des phénomènes dyspeptiques et de l'hémiplégie ne militent-ils pas en faveur du rapport que je suppose entre ces deux affections? Ce ne sont là qu'hypothèses, je ne le sais que trop. Le criterium d'un semblable diagnostic, l'autopsie, m'a fait défaut; or plus le cas paraît anormal, plus il faut se défier des analogies. Souvenons-nous toutefois qu'il existe toute une série de troubles névrosiques dont les études modernes ont démontré le lien certain avec la dyspepsie. Que dire des vertiges et étourdissements, des anesthésies partielles cutanées, de l'engourdissement, de la fatigue et de la paresse de l'appareil musculaire que l'expérience a rattachés d'une manière évidente à quelques formes de la dyspepsie? Certes, s'il existe des accidents qu'on puisse qualifier du nom de maladie sans lésions, s'il en est qu'on puisse attribuer aux lois réelles et cependant si obscures dans leur mode d'action de la synergie organique et des sympathies morbides, les troubles nerveux de la dyspepsie doivent y figurer au premier rang. Pourquoi reculer dès lors devant une application plus complète de ces lois et prétendre que la cause qui a produit une anesthésie cutanée, un violent vertige ou une paresse générale du système musculaire, doit être insuffisante à la production de la paralysie de tout un groupe de muscles? Chacun connaît cette tendance du vertige

dyspeptique à entraîner le sujet vers un côté, si bien que, si l'étourdissement survient pendant la marche, le malade est obligé de se roidir pour empêcher ce côté de fléchir et de lutter contre l'impulsion qui l'entraîne dans ce sens. Quoi de singulier alors, que la paralysie musculaire se localise d'après les mêmes principes, principes inconnus dans leur essence, mais dont l'effet n'est pas moins ressenti par trop de malades pour qu'on puisse les mettre en doute. Qu'il y ait ou non, sous l'influence des troubles permanents des fonctions digestives stomacales, altération anatomique des centres nerveux, c'est ce que je ne puis discuter ici. La seule chose que j'admets et qu'on ne saurait nier, c'est que ces troubles nerveux, qu'on les représente comme organiques ou comme purement fonctionnels, sont intimement liés à la dyspepsie, viennent par son influence, constituent un de ses symptômes et disparaissent avec elle. Le même lien existe dans les observations ci-dessus entre l'hémiplégie et la dyspepsie gastrique ; toute autre explication rationnelle semble faire défaut.

Existe-t-il donc un rapport réel de cause à effet entre certaines dyspepsies de vieille date et la paralysie musculaire ? C'est une question qui découle des faits précédents sans que ceux-ci soient encore suffisants pour la résoudre. Isolés, ils resteront donc à l'état de cas curieux ; confirmés par des observations ultérieures, ils deviendront au contraire une preuve nouvelle de la puissance des sympathies gastriques, et montreront que la liste des accidents bizarres par lesquels la dyspepsie peut simuler les lésions organiques des centres nerveux, est loin encore d'être épuisée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Fistules urinaires. — Remarques pratiques sur ce sujet.

Par M. Civiale.

J'ai reçu depuis quelque temps dans mon service de l'hôpital Necker un grand nombre de malades affectés de fistules urinaires. Ces cas ont fourni matière à quelques réflexions que je crois utile de communiquer aux praticiens.

On a distingué les fistules urinaires en plusieurs variétés, d'après leur siége, les parties qu'elles intéressent et les communications qu'elles établissent entre les voies urinaires et les autres régions. Je ne traiterai ici que des fistules de la vessie et de l'urèthre, qui mettent ces organes en communication avec les téguments.

Je les partagerai en deux catégories : celles qui s'ouvrent au-dessus du pubis, et celles qui s'ouvrent au-dessous de cette région.

Les premières surviennent à la suite de la taille ou de la ponction de la vessie par l'hypogastre, ou de toute autre lésion de cette partie qui intéresse la cavité vésicale, et particulièrement des inflammations partielles de ses parois dans l'épaisseur desquelles se forment des collections purulentes qui s'ouvrent tantôt à l'intérieur de ce viscère ou dans un organe voisin, tantôt et le plus souvent à l'extérieur, après qu'il s'est formé des adhérences avec les parois de l'abdomen.

Les autres, plus fréquentes, s'observent à la suite de la taille, de l'uréthrotomie externe, des plaies et des violences au périnée; elles sont parfois la suite de quelques maladies de l'urèthre, de la prostate, de tumeurs, d'abcès urineux.

1° *Fistules urinaires au-dessus du pubis.* — J'ai vu deux cas de taille et un de ponction de la vessie par l'hypogastre, suivis de fistules sus-pubiennes. Ces cas sont déjà anciens. Le premier a été publié dans le *Traité de la lithotritie* (1) et dans le *Traité pratique* (2).

J'en donnerai plus loin un extrait. Le second remonte à 1852 : M. Padilla, de la Havane, avait la pierre; il fut taillé par l'hypogastre; on retira une pierre moyenne. La convalescence fut longue, et la plaie ne se cicatrisa pas complétement, la santé générale étant d'ailleurs rétablie. L'urine sortait en partie par l'urèthre, en partie par la fistule. Sept mois après l'opération, les douleurs de la pierre reparurent et augmentèrent rapidement. Le malade prit le parti de venir en France. Dans une consultation où se trouvaient MM. Velpeau, Michon, Ascarate et moi, il fut décidé que le malade serait traité par la lithotritie, et je fus chargé de l'opération. La pierre fut morcelée et extraite en quatre courtes séances. La vessie fut entièrement débarrassée; mais le malade conserva la fistule et le catarrhe vésical dont il souffrait avant l'opération. Une particularité à noter, c'est qu'après l'extraction des derniers débris, la quantité d'urine sortant par la plaie diminua progressivement.

Un des chirurgiens consultants proposait la taille hypogastrique, dans l'espoir qu'elle guérirait la fistule; je combattis cet avis, en m'appuyant sur le cas de M. Oudet.

La troisième fistule, dont nous avons dit l'origine, existait depuis longtemps lorsque je fus consulté.

(1) Page 73.

(2) Tome II, p. 456, 3e édit.

C'est à la suite des abcès formés dans l'épaisseur des parois vésicales, qu'ont été observées les communications entre la vessie et les organes voisins, ou les téguments.

Parmi les faits que j'ai recueillis, il en est d'anciens et de récents. J'ai publié les premiers dans mon *Traité pratique* (1), en les rapprochant des cas analogues déjà connus. Je ne puis reproduire ici les considérations et les remarques pratiques que m'ont suggérées ces faits curieux; mais je présenterai une analyse de trois de ces faits, afin de montrer combien il est difficile au praticien de se conduire sûrement en pareille circonstance.

Un homme de quarante ans avait un rétrécissement de l'urèthre. Depuis longtemps il urinait avec peine. Le canal était fort irritable. Les premières bougies furent difficilement supportées; de légères applications de caustique n'ayant produit aucun effet, on introduisit des sondes à demeure. Le malade entra à l'hôpital et continua d'être traité par l'emploi des sondes : la santé générale s'affaiblit; la fièvre qui survint s'accompagna d'anorexie et d'insomnie. Le malade quitta l'hôpital, et revint quelques jours après avec de nouveaux symptômes. Une douleur vive qui existait à la fesse gauche disparut, après une application de sangsues. Au bout de quatre jours, douleur avec tuméfaction progressive à l'hypogastre. La tumeur fut bientôt grosse comme le poing. Cependant l'état général s'était amélioré, le malade ne portait plus de sonde, et il urinait sans difficulté. La tumeur hypogastrique ne dépendait point d'une accumulation d'urine, puisqu'elle persistait, bien que moins saillante, après l'évacuation de la vessie par la sonde. Il était facile de déterminer à l'aide de la main, appuyant sur l'extrémité recourbée de l'instrument introduit dans la vessie, l'épaisseur des parties tuméfiées, et d'en circonscrire l'étendue, du moins en avant. Sur les côtés et en arrière on sentait seulement que la tumeur s'étendait. Il n'y avait point de proéminence notable dans l'intérieur de la vessie ; on sentait une dureté insolite vers le sommet. Les selles étaient régulières ; par conséquent le canal intestinal ne pouvait être fortement atteint. Je pratiquai une incision sur la tumeur, à l'endroit où la fluctuation était manifeste, et il s'écoula une énorme quantité de pus très-liquide. Le ventre s'affaissa, et le malade fut soulagé. Le surlendemain, un stylet boutonné, introduit dans la cavité de l'abcès, parvint jusqu'au sacrum, et je promenai l'instrument sur une large surface du sommet de la vessie : l'abcès occu-

(1) Pages 13 et 47, 3e édit.

pait une partie considérable du détroit supérieur du bassin. La suppuration, après avoir continué pendant plusieurs semaines, s'arrêta finalement, et la guérison fut complète. L'inflammation n'atteignit pas la membrane interne de la vessie : l'urine ne fut point altérée ; mais la capacité de l'organe était moindre. Le malade éprouvait de plus fréquents besoins d'uriner, et la quantité d'eau qu'on pouvait introduire par les injections était petite. Il fut impossible de savoir précisément si l'abcès s'était formé dans l'épaisseur même des parois vésicales ou à leur circonférence.

2° *Fait.* — Un tonnelier, âgé de cinquante-huit ans, fut admis à l'hôpital Necker le 6 mars 1840. Cinq mois auparavant, cet homme avait bu de l'eau très-froide, étant en sueur. Il ressentit aussitôt de vives coliques, qui cédèrent au repos et à la diète. Mais à partir de ce moment, les besoins d'uriner devinrent très-fréquents, et chaque miction était suivie de vives douleurs du col de la vessie et de la région hypogastrique. Les reins étaient aussi le siége d'une vive douleur. Un séton fut placé au-devant du pubis, et supprimé dix jours après. Etat du malade à son entrée : faiblesse générale, peu d'appétit, langue blanche; urines chargées de mucosités et rougissant à peine le papier de tournesol; mictions fréquentes, douleurs vives dans la vessie, le bas-ventre et les lombes. Le cathétérisme ne m'ayant rien appris, je soumis le malade à une autre exploration. Au bout de quatre jours, les douleurs du bas-ventre augmentèrent, et il se manifesta un léger accès de fièvre. Suppression des bougies, diète, cataplasmes laudanisés sur les parties douloureuses. Le lendemain 11 mars, besoin très-pressant d'uriner, accompagné de fortes contractions des muscles abdominaux, avec douleurs dans le basventre. Une sonde introduite dans la vessie n'amena point d'urine. Vives douleurs dans les reins : un bain et une potion opiacée procurèrent quelque soulagement. Le 12, mêmes symptômes. Le 13, à huit heures du soir, le besoin d'uriner s'étant manifesté, la sonde donna issue à une petite quantité d'urine trouble et fétide. Le 14, dévoiement. Le 15, hoquets, pouls très-agité, langue sèche, peau moite, respiration gênée. Les jours suivants, mêmes symptômes, avec affaiblissement progressif. Le 19, dans la nuit, vomissements répétés. Le malade était assoupi le matin, les douleurs et le dévoiement persistaient. La mort eut lieu le 21. — *Autopsie* : La face antérieure de la vessie avait contracté des adhérences avec la paroi de l'abdomen au-dessus du pubis, derrière le point correspondant au séton. Sous cette adhérence était une cavité assez grande pour loger un très-gros œuf de dinde, et communiquant

avec l'intérieur de l'abdomen par une ouverture presque circulaire de quatre centimètres de diamètre, à bords découpés et comme frangés. La cavité contenait une grande quantité de pus épais, fétide, gris, strié de noir. Cet abcès s'étendait à droite et à gauche sous la face postérieure du pubis, au point de gagner les anneaux inguinaux. La face correspondante au pubis était criblée de trous. Au centre de la partie en rapport avec la paroi antérieure de la vessie, était une ouverture qui mettait l'abcès en communication avec la cavité de cet organe. Ovale et lisse, cette ouverture ressemblait à l'orifice d'une cellule. La vessie, ouverte par sa face postérieure, ne laissait voir aucune trace du trigone, de la saillie prostatique ni du col vésical; ce dernier n'apparut qu'après qu'une sonde eût été introduite dans l'urèthre. Au-dessus de l'orifice uréthral, dépression notable, comme si la vessie avait essayé de s'engager sous l'arcade pubienne. La face antérieure de l'organe était au pubis, et avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale. Au rebord postérieur du trigone, on voyait une petite bande ligamenteuse isolée, détachée vers le milieu, implantée de chaque côté près des orifices des uretères. La face interne de la vessie, livide et parsemée de points noirâtres était bosselée, striée, granulée; offrant l'aspect d'une vaste surface cicatrisée ou d'une cavité purulente, autrefois parsemée de végétations.

3° *Fait.* — Un homme adulte, robuste, mais très-irritable, présentait depuis quelque temps tous les signes rationnels de la pierre. Il entra dans mon service, et, après avoir été soumis au traitement préparatoire, il fut opéré par la lithotritie. J'employai d'abord un lithoclaste fenestré, puis un instrument à mors plats. Les détritus étaient sortis en grande partie, lorsque des fragments assez volumineux s'arrêtèrent dans la portion membraneuse de l'urèthre. Il fallut extraire les uns et repousser les autres dans la vessie. A la suite de ces manœuvres, il y eut des douleurs accompagnées d'un agacement général et de quelques accès de fièvre. Ces accidents ayant disparu, je me préparais à recommencer le broiement, lorsque survint à l'hypogastre une douleur vague et profonde. Je découvris, en palpant cette région, une induration très-étendue, surtout vers l'aine droite, avec un léger gonflement ; la douleur était légère à la pression. J'introduisis une sonde; il s'écoula une petite quantité d'urine, sans aucun changement dans la tumeur hypogastrique. J'injectai de l'eau, de façon à distendre la vessie pour faciliter l'exploration. Rien d'anormal ne fut découvert. La tumeur, plus saillante par la distension de la vessie, n'avait point changé de forme.

J'en conclus qu'elle était la suite d'un épaississement des parois vésicales ou des tissus qui les recouvrent ; mais ces tissus ne présentaient aucune trace de lésion. Je présumai que les parois de la vessie étaient le siége d'un abcès. La tumeur ne tarda pas à grossir ; il se manifesta de la douleur et une sorte de fluctuation. Je pratiquai sur la ligne médiane de l'hypogastre une incision qui donna issue à du sang et à quelques filets de pus. Point de suppuration les jours suivants. Mèches de charpie dans la plaie, cataplasmes sur la tumeur. Le malade résolut de quitter l'hôpital. A peine était-il monté en voiture, qu'il s'écoula une grande quantité de pus, et la tumeur s'affaissa. La suppuration dura plusieurs jours. Au bout d'un mois, le malade étant rentré dans mon service, la paroi antérieure de l'abdomen était aussi souple que s'il n'y avait jamais eu d'abcès. On n'apercevait qu'une cicatrice longue, mais moins profonde que celle que laisse la cystotomie. L'urine ne fut jamais altérée. Le malade supporta très-bien les quatre courtes séances qui suffirent pour le débarrasser de la pierre, et il sortit définitivement guéri.

Voici maintenant dans ses traits principaux un fait que j'ai observé récemment :

Un homme adulte éprouvait depuis longtemps des troubles considérables dans les fonctions de la vessie. Il avait eu des rétentions d'urine, des abcès au périnée, suite d'un rétrécissement fibreux de l'urèthre. Entré dans le service, très-affaibli, il présentait un rétrécissement, un catarrhe vésical, une fistule dont les bords étaient tuméfiés. Le rétrécissement ayant été attaqué, je reconnus un amas de calculs derrière le point rétréci. Le canal fut élargi, et les calculs furent extraits, non sans difficulté. Déviation du col vésical ; inflammation de la surface de la vessie. Ni les difficultés d'uriner, ni les douleurs ne diminuèrent après l'extraction des calculs. La vessie contenait une pierre. Le malade avait besoin de repos ; il fallait soutenir les forces et préparer la vessie par des injections répétées. On ne pouvait songer à la taille.

Pendant la période de préparation, le malade souffrait beaucoup pour uriner ; le ventre devint sensible, dur, tuméfié, surtout au pourtour de l'ombilic. Les moyens appropriés n'eurent point d'effet. Bientôt l'appétit diminua, le malaise et les angoisses augmentèrent, et la fièvre survint. La tumeur abdominale pouvait être circonscrite ; mais son examen ne fournissait aucune lumière. Ni le palper, ni la pression même ne produisaient de fortes douleurs ou des besoins d'uriner. La forme à peu près circulaire de la tumeur n'offrait point de changement notable. L'urine ne présentait aucun

caractère particulier. Tous les moyens d'exploration étaient épuisés, et le diagnostic restait très-incertain. On ne pouvait compter ici sur les explorations vésicales, si utiles dans les cas précédents. Ce n'était que par induction que je pouvais conclure à l'existence d'un abcès des parois vésicales. La fluctuation était si confuse, qu'on ne pouvait songer à une incision.

En supposant le diagnostic exact, il restait à savoir où étaient les adhérences probables entre les parois de la vessie et celles de l'abdomen. Le plus sage était d'attendre.

Au bout de quelques jours, la fluctuation devint plus manifeste, les téguments rougissaient : la tumeur, moins sensible, gênait plus par le poids que par la douleur. Une ponction exploratrice ayant été pratiquée au point le plus déclive, il s'écoula une grande quantité de pus, lentement, puis l'urine apparut dans la plaie et continua de sortir en partie par cette voie. Le malade n'en était pas incommodé; l'état général s'améliorait de jour en jour. Une canule était maintenue presque en permanence. La tumeur s'était affaissée, mais elle restait dure. Au bout de deux mois, les parois abdominales avaient recouvré leur souplesse. La pression n'était point douloureuse. Bientôt l'urine cessa de couler par la voie artificielle, qu'on maintenait dilatée. Les fonctions vésicales étaient régulières. Le malade avait repris de l'embonpoint. La pierre vésicale fut morcelée en quelques séances, sans qu'il se manifestât la moindre réaction, quoique la manœuvre fût douloureuse. Le malade quitta l'hôpital dans un état très-satisfaisant.

Il revint, sur ma recommandation, deux ou trois mois après. La fistule était fermée, et les fonctions de la vessie s'exécutaient régulièrement. Cependant, le rétrécissement de l'urèthre tendait à se reformer; à l'endroit où il était, on constate une rigidité qui doit gêner le passage de l'urine. L'état général du malade n'est pas aussi satisfaisant qu'à sa sortie.

Citons un dernier fait. Un malade admis dans mon service avait eu un rétrécissement de l'urèthre, qui donna lieu à une rétention complète d'urine. Un gonflement considérable de la verge, du scrotum, de la partie interne des cuisses et de l'hypogastre étant survenu, on appliqua des cataplasmes. A la suite de cette application, un abcès se produisit au-dessus du pubis, qui, s'étant ouvert, livra passage à l'urine un mois ou deux. Le rétrécissement persistant, d'autres abcès se formèrent au scrotum, au périnée; il y avait cinq fistules. Le malade entra dans un hôpital : le rétrécissement fut dilaté, et les fistules se fermèrent. Un an après, le rétrécissement

s'étant reproduit, les anciennes fistules se rouvrirent, et il s'en forma de nouvelles : deux à la face antérieure du scrotum, et quatre à la partie antérieure du périnée. Ces fistules se fermèrent à la suite du traitement de la coarctation ; une seule persista, malgré tout. Le rétrécissement fut traité par la dilatation et par l'uréthrotomie interne. La fistule, qui persiste encore, est située à l'extrémité postérieure du périnée. A l'égard de la fistule hypogastrique, je n'ai point de renseignements assez précis pour savoir si elle communiquait directement avec la vessie. L'infiltration d'urine, qui se faisait par cette voie, venait probablement de la rupture de l'urèthre. Il n'est pas rare de voir l'urine provenant de cette source former des collections purulentes à l'hypogastre, aux aines, aux lombes, et jusqu'à la région épigastrique. J'ai eu occasion d'observer des cas de ce genre. (*La fin au prochain numéro.*)

De l'influence des déviations vertébrales sur les fonctions de la respiration et de la circulation.

Par M. le docteur E. Sottas, ancien interne des hôpitaux.

S'il est bien démontré que les maladies du poumon et du cœur réagissent sur la paroi thoracique, altèrent la forme et gênent parfois ses mouvements, des faits nombreux établissent aussi que les déformations diverses affectant primitivement le squelette de la poitrine entraînent dans les organes sous-jacents des changements matériels qui nuisent plus ou moins à l'exercice de leurs fonctions.

De toutes les déformations de la poitrine capables de réagir sur les organes contenus dans sa cavité, d'en gêner les fonctions et d'y développer des maladies, les plus importantes sont, sans contredit, celles qui sont la conséquence de la déviation de la colonne vertébrale.

Les courbures pathologiques du rachis dérivent en grande partie des courbures physiologiques, et leur fréquence au niveau de la région dorsale tient à l'existence d'une double incurvation antérieure et latérale à l'état normal.

Si l'incurvation du rachis en avant, ou cyphose, que l'on rencontre aux divers âges de la vie, est la plus commune des déviations rachidiennes, elle amène rarement dans la conformation de la poitrine des changements capables de nuire aux fonctions des organes qui y sont contenus.

Lorsque la cyphose est assez marquée, il y a un accroissement du diamètre antéro-postérieur du thorax, qui est saillant et arrondi

en avant, avec diminution des diamètres vertical et transversal, mais sa forme est à peu près régulière. On ne constate de troubles de la respiration et de la circulation que dans les cas extrêmes.

Il n'en est pas de même de la déviation latérale du rachis ou scoliose. C'est la scoliose portée à un haut degré qui constitue le plus grand nombre des difformités comprises sous le nom de *gibbosité* ou *bosse*, et alors la forme normale du thorax est altérée d'une manière notable. On dirait que la poitrine a été aplatie d'un côté à l'autre et d'avant en arrière ; presque tous ses diamètres sont diminués, et sa capacité totale l'est conséquemment. A l'intérieur, la déformation n'est pas moins sensible : on y trouve une gibbosité postérieure droite ou gauche, une saillie antérieure du côté opposé, l'allongement du diamètre oblique joignant les gibbosités et l'aplatissement d'avant en arrière et dans le sens transversal.

De tous les organes contenus dans le thorax, les poumons sont les plus déformés par la scoliose; ils se moulent exactement sur les anfractuosités que décrit la paroi thoracique. Ils sont l'un et l'autre beaucoup plus petits que l'état normal, mais le plus souvent il y en a un des deux qui a souffert plus que l'autre de la compression; dans les déviations à convexité droite, c'est le droit; c'est le gauche lorsque la courbure de l'épine est saillante du même côté.

Indépendamment de la déformation et de l'atrophie, on trouve encore dans les poumons de l'emphysème disséminé et une hyperémie notable.

L'exploration de la poitrine présente aussi quelques particularités utiles à connaître : du côté de la convexité de la courbure vertébrale, au niveau de la gibbosité, la percussion donne un son mat dû à la présence des corps vertébraux d'abord, du poumon atelectasié ensuite. En arrière, du côté concave, on trouve au contraire du son. En avant, c'est sur les parties latérales et en haut, tout à fait sous les clavicules, qu'on trouve de la sonorité.

L'auscultation, pour laquelle il faut recourir au stéthoscope, ainsi que Laënnec l'avait indiqué, fait voir que le murmure vésiculaire, très-faible ou nul au niveau de la gibbosité, prend dans presque tous les autres points une énergie plus grande, et en quelque sorte les caractères de la respiration bronchique.

Dans les déviations intenses du rachis, la somme des volumes d'air inspiré et expiré par des mouvements énergiques de la poitrine est diminuée. Cette diminution tient non-seulement à celle du volume de l'appareil respiratoire, mais encore aux modifications apportées dans la mobilité des diverses pièces de la poitrine.

C'est pourquoi les bossus ont généralement l'haleine courte, les mouvements respiratoires compensant par leur fréquence le travail insuffisant de chaque respiration. C'est ainsi qu'ils peuvent périr d'un rhume, de la bronchite la plus légère, et succombent rapidement aux affections plus profondes.

La fonction circulatoire est notablement entravée dans les déviations latérales de l'épine; moins par la compression du cœur, par la déviation des vaisseaux, qu'à cause de la difficulté qu'éprouve le sang à passer des cavités droites dans les cavités gauches du cœur, à travers un appareil pulmonaire incomplet, déformé et emphysémateux.

Le sang stagne donc dans les cavités droites et dans les veines qu'il distend; des hémorrhagies diverses, abondantes, répétées à intervalles plus ou moins éloignés pendant la vie entière du sujet, attestent dans certains cas de cette pléthore veineuse. L'embarras de la circulation se traduit encore par l'irrégularité de la contraction cardiaque, des palpitations et une plus grande fréquence habituelle du pouls.

Dans les cas de déformations considérables, les malades, après avoir éprouvé pendant plusieurs années des palpitations de plus en plus violentes, des accès de dyspnée toujours croissants, finissent par avoir de l'œdème aux jambes, des congestions viscérales et tous les symptômes de l'enrayement progressif de la circulation, auquel ils ne tardent pas à succomber.

Des considérations qui précèdent on peut tirer les déductions pratiques suivantes :

Les déviations du rachis peuvent avoir des influences désastreuses sur la santé.

Il faut donc s'attacher à en préserver les sujets qui y seraient prédisposés par l'hérédité, le rachitis, etc.; savoir les reconnaître alors seulement qu'elles commencent à peine et à leur plus légère manifestation; en rechercher avec soin les causes et en déduire le remède.

Que s'il est permis d'ignorer les nombreux appareils qui constituent la *paléontologie orthopédique*, on doit cependant pouvoir diriger, en connaissance de cause, un traitement trop souvent abandonné à des fabricants de bandages qui n'ont pas les connaissances médicales nécessaires.

On devra se hâter d'agir. Il n'est plus permis de croire aujourd'hui que le développement ultérieur du sujet, l'apparition de la puberté, etc., pourront améliorer et même faire disparaître les dif-

formités de l'épine. L'expérience est là pour prouver que ces conditions diverses tendent bien au contraire à les aggraver.

Si la difformité est plus avancée, on devra encore tenter chez le malade l'application bienfaisante du traitement orthopédique. Des faits nombreux établissent qu'il peut diminuer de beaucoup la difformité et la ramener à un degré moindre, compatible avec l'exercice régulier des fonctions.

Supposons, en dernière analyse, la difformité confirmée, irrévocable. Le sujet est dès lors exposé aux accidents divers que nous avons énumérés. C'est par une hygiène bien dirigée, qu'on pourra en éviter ou en atténuer les effets :

Habiter, si faire se peut, un climat à température constante, sinon, prendre les plus grandes précautions, à l'époque des saisons froides et humides, pour éviter les refroidissements si préjudiciables aux organes thoraciques. Etre sobre dans son alimentation, régulier dans les habitudes de la vie, éviter les exercices violents, les émotions profondes qui retentissent d'une façon fâcheuse sur la circulation. Par un exercice modéré tel que la promenade, favoriser le libre jeu de toutes les fonctions et en particulier de celle de la peau, ce vicaire de la muqueuse respiratoire. Dans le même but on prendra fréquemment des bains, soit simples, soit rendus légèrement excitants par des doses légères d'un carbonate ou d'un sulfure alcalin. Viennent ensuite les frictions sèches et surtout l'hydrothérapie qui, outre qu'elle régularise les sécrétions et excrétions cutanées et la circulation périphérique, endurcit, si j'osais dire, le malade et le rend moins accessible à l'action du froid extérieur ; enfin l'usage de la flanelle à nu sur la peau est impérieusement exigé.

C'est par l'observation de ces préceptes d'hygiène, utiles à tout le monde, mais obligatoires pour les gibbeux, que ceux-ci pourront conserver une santé régulière et parvenir à un âge parfois très-avancé.

Si pourtant un gibbeux était atteint d'une affection aiguë de poitrine, bronchite, pneumonie, pleurésie... le médecin devra réserver son pronostic et se hâter de le combattre par les moyens appropriés.

Les affections, même les plus légères en apparence, devront être l'objet de sa sollicitude, non-seulement parce qu'elles peuvent acquérir une gravité immédiate, mais parce que leur persistance entraîne dans la circulation des désordres dont les conséquences peuvent être sérieuses plus tard.

Le rhumatisme articulaire devra particulièrement préoccuper le

médecin. Celui-ci devra empêcher, par tous les moyens que l'art met à sa disposition, que l'affection rhumatismale produise et laisse dans le cœur des lésions, bien plus immédiatement funestes chez les gibbeux.

Aux accès de palpitations, aux crises dyspnéiques si fréquentes chez les sujets atteints de difformité accusée de l'épine, on opposera les antispasmodiques, les narcotiques, *la digitale* (?), les révulsifs cutanés; l'accès passé, on en préviendra le retour par l'application des règles d'hygiène que nous avons énumérées plus haut.

Enfin, c'est le dernier et en même temps le cas le plus grave que nous ayons à envisager; le malade auquel on sera appelé à donner des soins est atteint de dilatation du cœur; il est cyanosé, œdématié, dyspnéique, et présente les symptômes des maladies du cœur à leur période ultime. La ligne de conduite à tenir est la même que dans ce cas.

Il importe de se rappeler qu'on a affaire à un cœur affaibli, insuffisant; il faudra donc éviter les moyens débilitants et tâcher d'exalter le dynamisme du cœur par les préparations stimulantes.

Le vin, le café, l'acétate d'ammoniaque, les teintures aromatiques, trouvent ici naturellement leur emploi. Par l'administration des diurétiques, des purgatifs résineux, on améliorera les congestions viscérales et les hydropisies. On tirera un puissant secours dans certains cas des révulsifs cutanés, sinapismes, vésicatoires; spécialement dans le cas de congestion, d'œdème pulmonaire, d'hydropisie de la plèvre. On facilitera l'expulsion des sécrétions bronchiques par les médicaments expectorants : oxyde blanc d'antimoine, kermès, etc.

Dans les cas où les contractions cardiaques sont très-irrégulières, il vient à la pensée de donner la digitale, mais son action débilitante sur la contraction cardiaque en interdit l'emploi.

Les évacuations sanguines peuvent avoir de l'avantage, mais pratiquées localement par les ventouses ou les sangsues.

La saignée est dangereuse; cependant, lorsque la distension du système veineux est énorme, lorsque le poumon est très-hyperémié, le médecin ne peut résister au désir de diminuer l'engorgement des cavités droites, d'enlever à la circulation son trop plein. La saignée alors ne devra pas être abondante ni rapide, il pourrait arriver une syncope mortelle. Mais elle sera prudente, *exploratrice*. Après avoir tiré de la veine une ou deux palettes de sang, si l'effet produit est fâcheux, on arrêtera l'écoulement, quitte à y revenir plus tard.

Sinon on pourra porter sur-le-champ à des limites un peu plus étendues, mais toujours modérées, la déplétion sanguine.

C'est par l'emploi sagement combiné de ces moyens qu'on pourra espérer d'arracher pour un temps les gibbeux aux accidents qui les menacent. On ne devra pas oublier toutefois que ces accidents sont la conséquence d'une lésion invétérée du cœur, d'un épuisement presque irréparable du dynamisme cardiaque, qui s'est usé à la longue, et on se gardera de donner aux personnes qui entourent le malade la promesse d'une guérison que l'événement viendrait démentir.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Falsification du kirsch par l'eau distillée de laurier-cerise.

On sait quelles fraudes se pratiquent journellement dans le commerce des liqueurs de table, à tel point que la plus grande partie des produits vendus par les distillateurs n'est plus préparée par les procédés traditionnels. Les rhum, les cognac, etc., ne sont, le plus souvent, que des coupages d'alcool de betterave ou de grains, de vin rarement, aromatisés avec des *essences* destinées à leur donner un goût et un parfum qui rappellent ceux de leurs inimitables modèles. De semblables compositions peuvent-elles être considérées comme inoffensives? c'est une question plus facile à poser qu'à résoudre. Il n'en est pas de même de celle qui a été soumise au Conseil de salubrité du département de la Seine, et qui a donné lieu à un rapport de M. Boudet, dont voici la substance : Les distillateurs du département des Alpes-Maritimes préparent, depuis plusieurs années, des quantités considérables d'eau de laurier-cerise destinée à la fabrication du kirsch. D'après MM. Raybaud, Mero et Boyveau, deux recettes sont généralement suivies. On se contente de mélanger parties égales d'eau de laurier-cerise et d'alcool à 33 degrés Cartier, et l'on remplace la moitié de l'eau de laurier-cerise par semblable quantité d'*eau de marasque*, sorte de kirsch peu alcoolique et pauvre en acide cyanhydrique. Le produit ainsi préparé possède la saveur et l'odeur caractéristique de l'eau de laurier-cerise, qui sont bien distinctes de celles du kirsch, *et il contient une proportion d'acide cyanhydrique trois ou quatre fois plus forte que le kirsch véritable*. Voici ce qui résulte des analyses de M. Boudet, et encore faut-il ajouter que les échantillons analysés avaient évidemment été préparés avec de l'eau de laurier-

cerise faible. Or, on sait, par les recherches de M. Marais, qu'en opérant de la même manière sur des feuilles de laurier-cerise recueillies soit dans la même localité, soit dans des localités différentes, on peut obtenir des produits dans lesquels la teneur en acide cyanhydrique varie du simple au double. Le distillateur pourrait donc, sans s'en apercevoir, préparer du kirsch véritablement toxique. Aussi M. Boudet n'hésite-t-il pas à conclure que la fabrication et la vente, sous le nom de kirsch, d'une liqueur préparée soit avec de l'eau de laurier-cerise, l'eau de marasque et l'alcool, soit avec l'eau de laurier-cerise seule et l'alcool, constituent une fraude extrêmement dangereuse pour la santé publique, et qui réclame la surveillance la plus active de la part de l'autorité compétente.

Application de la méthode spectrale à la recherche toxicologique du phosphore.

Lorsque, dans un appareil producteur d'hydrogène, un appareil de Marsh, on introduit une quantité excessivement petite de phosphore, d'acide phosphoreux ou d'acide hypophosphoreux, la flamme prend immédiatement une coloration verte. Cette réaction, signalée depuis longtemps par M. Wöhler, a été utilisée en premier par M. Dusart, pour la recherche toxicologique du phosphore, et étudiée, en second lieu, par M. Blondlot. Entre les mains de ces expérimentateurs, elle est devenue la base d'une méthode très-sûre qui vient de recevoir, de MM. Christofle et Beilstein, un dernier perfectionnement. Analysant, au moyen du spectroscope, la flamme de l'appareil mentionné ci-dessus, MM. Christofle et Beilstein ont vu que le spectre du phosphore se résolvait en quatre raies, dont une se confondait avec une des raies du baryum. Ils donnent dans leur mémoire (*Annales de Chimie et de Physique*, novembre 1864) la position exacte de ces raies, et les indications nécessaires pour que l'expert puisse caractériser la coloration produite par le phosphore, et la distinguer de celle qui pourrait apparaître par des causes inconnues, contre lesquelles on doit toujours être en garde.

Pommade de staphysaigre.

Pour le traitement de plusieurs affections de la peau (la gale, le prurigo senilis) et la destruction des parasites du corps humain, principalement des différentes variétés de *pediculi*, M. Balmanno-Squire préconise une pommade de staphysaigre préparée au moyen

de l'huile que renferment les semences. Cette huile, extraite par l'éther, est fluide, d'un jaune foncé, assez douce. Il suffit, pour la transformer en pommade, d'y ajouter une proportion de cire, qui n'est pas indiquée par l'auteur. On obtient encore une pommade efficace, en faisant digérer à chaud les semences dans l'axonge, mais elle a le désagrément d'être foncée en couleur.

Formule d'emplâtre ou sparadrap révulsif au thapsia, par M. Desnoix.

Colophane	1,500
Elémi	1,250
Cire jaune	1,800
Térébenthine	500
Résine de thapsia	350

Faites fondre les trois premières substances, ajoutez la térébenthine et la résine de thapsia, passez à travers un linge et étendez au sparadrap. Pour le différencier du sparadrap ordinaire, on peut le colorer diversement.

Am. Vée.

Composition du médicament anglais vendu sous le nom de *the liniment*.

Depuis quelque temps on fait usage, dans une classe élevée de la société, d'un médicament anglais connu simplement sous le nom de *the liniment ;* ce remède, patroné par quelques personnages de haute distinction et tenu secret, est un rubéfiant assez actif qu'on emploie avec succès, paraît-il, pour la guérison des douleurs musculaires et névralgiques.

M. Rayer ayant entendu, dans sa clientèle, faire l'éloge de ce liniment, et désirant en connaître la composition, me pria de l'analyser.

Je n'entrerai pas dans le détail des manipulations que nécessita cette analyse, je dirai seulement que l'analyse qualitative ayant démontré la présence de l'*ammoniaque*, du *chloroforme*, du *camphre*, de la *teinture d'opium* en dissolution dans l'alcool, l'ammoniaque fut dosée par une liqueur titrée d'acide sulfurique versée dans une quantité déterminée du liniment bleui par la teinture de tournesol; la contre-épreuve fut faite en recevant l'ammoniaque dégagée par la chaleur et reçue dans la même dissolution titrée d'acide sulfurique rougie par le tournesol.

Les deux opérations se sont confirmées.

Le chloroforme fut dosé en recueillant ce produit distillé dans une éprouvette graduée contenant de l'eau pour précipiter le chloroforme; on a tenu compte, bien entendu, de la solubilité du chloroforme dans ce véhicule.

Le camphre resté dans la cornue avec l'eau ajoutée avant la dissolution en a été séparé après refroidissement et séché entre des papiers sans colle.

Pour doser la teinture d'opium, on a pris deux tubes fermés par un bout, d'une dimension bien égale; on a mis dans l'un une quantité déterminée du liniment anglais, et dans l'autre une pareille quantité d'une dissolution dans l'alcool des substances déjà connues; on a versé dans le liquide incolore de la teinture d'opium, jusqu'à ce que la teinte fût absolument semblable à celle du produit anglais.

Le poids de l'alcool a été établi par différence.

Le résultat de cette analyse a conduit à la formule suivante :

Ammoniaque à 25 degrés	15 grammes.
Chloroforme	10 grammes.
Camphre	15 grammes.
Teinture d'opium	5 grammes.
Alcool à 90 degrés centigrades	60 grammes.

M.

Cette préparation ayant été essayée comparativement avec le médicament anglais, a produit des résultats thérapeutiques absolument semblables. MAYET, pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi de la térébenthine dans le pansement des plaies.

Depuis quelque temps il est à l'ordre du jour de chercher à remplacer en chirurgie le pansement au cérat et aux corps gras par des pansements liquides. M. Nélaton, entre autres, a fait faire, dans son service, des essais comparatifs entre les deux méthodes, et, d'après les résultats qu'il a fait publier dans la *Gazette des hôpitaux*, une grande supériorité a été acquise aux pansements liquides. Il a fait usage de l'alcool camphré, qui, d'une part, est d'un prix très-élevé dans le commerce, et qui, d'un autre côté, a l'inconvénient de s'évaporer très-rapidement, malgré toutes les précautions qu'on peut prendre.

Dans une pratique de cinq années, comme médecin du grand établissement industriel de MM. Dollfus, à Mulhouse, qui compte en moyenne de 3,000 à 4,000 ouvriers et où par conséquent les plaies de toute espèce sont encore assez fréquentes, j'ai employé exclusivement un pansement liquide. Je me sers d'une solution à laquelle notre pharmacien a donné le nom d'*eau curative* et dont voici la formule :

Térébenthine de Venise..............	1,000 grammes.
Bicarbonate de soude................	25 grammes.
Eau distillée.......................	10 litres.

Faites digérer pendant cinq à six jours au bain-marie, à une température ne dépassant pas 75 degrés. Filtrez, etc.

C'est une espèce de savon à la térébenthine, plus soluble dans l'eau que la térébenthine prise isolément.

Cette solution a l'avantage de s'évaporer lentement et est d'un prix minime.

J'ai commencé par faire des essais comparatifs entre le pansement au cérat, glycérine, etc., et le pansement avec cette solution térébenthinée, et j'ai observé, ce dont tout le monde peut se convaincre, que, par ce moyen, il faut en moyenne aux plaies traumatiques, chirurgicales ou autres, un tiers de moins de temps pour se cicatriser.

Chez quelques individus elles guérissent avec une rapidité réellement étonnante. D'un autre côté, la plaie est toujours propre et de bel aspect, la quantité de pus est sinon nulle, du moins presque insignifiante.

Ce dernier résultat me paraît avoir une grand importance, car là où il n'y a pas de pus, il est difficile qu'il s'en résorbe. Aussi, quoique j'aie eu à traiter un grand nombre de plaies, avec des pertes de substances énormes, produites par arrachement, par brûlure, etc., et couvertes de larges portions sphacélées, je n'ai pas remarqué une seule fois l'ombre d'une infection purulente.

De plus, tout le monde sait que la térébenthine est un désinfectant puissant ; aussi, malgré la présence de la gangrène, il n'y avait jamais la moindre fétidité; cela a son mérite également, car avec le pansement employé habituellement dans les hôpitaux, il faut avouer qu'au moment où l'on enlève les appareils à pansement, dans les services de chirurgie, il y a souvent une odeur tellement repoussante, que j'ai vu maintes fois les moins dégoûtés des élèves en être incommodés.

Enfin, le mode de pansement que je viens proposer est d'une facilité et d'une simplicité très-grande, car voici comment on procède :

On trempe tout simplement une compresse pliée en huit dans le liquide térébenthiné, on en couvre la plaie entièrement, et on enveloppe le tout d'un morceau de taffetas gommé pour empêcher une dessiccation trop rapide. Toutes les quatre ou cinq heures, le malade lui-même ou une autre personne humecte de nouveau la compresse avec une éponge imbibée du liquide à pansement. La compresse reste ainsi en place pendant douze heures, au bout desquelles on lui en substitue une fraîche. Comme il n'y a pas de pus, il est inutile à la rigueur de laver la plaie. Dès les premiers jours, les bourgeons charnus poussent à vue d'œil, aussi faut-il bientôt, tous les matins, les toucher légèrement avec le crayon de nitrate d'argent pour arrêter leur exubérance.

De la sorte, il n'est besoin ni de charpie ni de linge troué, etc., ni de tout l'attirail des pansements ordinaires au cérat.

Je dois faire remarquer que, lorsqu'il s'agit de plaies traumatiques avec broiement, contusion, etc., où les accidents inflammatoires sont à craindre, je commence ordinairement par les placer pendant quelques jours sous un courant continu d'eau froide jusqu'à ce que la suppuration commence et que toute douleur ait disparu, alors seulement j'emploie l'eau curative.

L'idée d'employer un composé térébenthiné comme désinfectant et cicatrisant dans le pansement des plaies m'est venue, la première fois, lorsqu'un jour, à l'Hôtel-Dieu, je vis mon maître, M. le professeur Trousseau, guérir, à l'aide de l'essence de térébenthine, une femme atteinte de fièvre puerpérale avec abcès métastatiques dans différentes régions, et notamment des épanchements purulents dans les deux genoux. Cette femme a été quitte de sa terrible maladie pour une ankylose des deux articulations atteintes.

D'une part, les fièvres puerpérales et les infections purulentes en chirurgie sont un peu cousines germaines, et, d'un autre côté, la térébenthine me paraît devoir avoir une certaine action bienfaisante sur le pus et sur sa formation dans l'organisme.

Dr J. WERNER.

Dornach, 16 janvier 1865.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur les hernies abdominales faites à la Faculté de médecine de Paris par M. le professeur L. Gosselin, recueillies, rédigées et publiées par M. le docteur Léon Labbé.

On a beaucoup écrit sur les hernies, et des noms illustres se rattachent à l'histoire de cette partie importante de la chirurgie. Cependant, il faut bien le reconnaître, la plupart des auteurs, même parmi les modernes, préoccupés surtout d'idées théoriques qu'ils s'efforçaient de défendre ou de combattre, se sont trop souvent laissés détourner de l'observation clinique. Cette tendance des esprits à négliger les enseignements de la pratique devait conduire au doute et à l'incertitude; aussi, en présence d'opinions contradictoires, le chirurgien encore novice et manquant des leçons de l'expérience personnelle, ne sait où puiser des principes qui puissent le guider au lit des malades.

M. le professeur Gosselin aura l'honneur d'avoir ramené la chirurgie herniaire dans une voie meilleure et plus conforme à la raison, et, à ce titre, on peut dire qu'il a rendu un véritable service aux malades et aux praticiens. A l'inverse de ses devanciers, il a soumis la théorie au contrôle des faits, il a montré les incertitudes et les dangers qui devaient résulter de certaines doctrines; enfin, avec cet esprit éminemment pratique qui le distingue, il a su tracer, pour la plupart des cas difficiles, une règle de conduite sûre. On ne saurait donc trop féliciter M. Léon Labbé du soin qu'il a pris de propager les préceptes du maître, en publiant ses leçons.

Il faudrait entrer dans d'assez longs développements pour faire connaître d'une manière complète l'œuvre de M. Gosselin, et nous regrettons de ne pouvoir donner, dans cette courte analyse, qu'une idée générale du plan de l'ouvrage, en signalant les parties les plus dignes d'attention.

L'auteur partage son sujet en trois grandes divisions: 1° Hernies sans plaie ou hernies ordinaires; 2° hernies à travers une plaie récente de la paroi abdominale; 3° hernies à travers une cicatrice, et, traitant accessoirement des deux dernières divisions, il donne les plus grands développements à l'histoire des hernies ordinaires. Celles-ci sont d'abord étudiées d'une manière générale, et, dès le début, l'auteur insiste avec juste raison sur la différence capitale qui existe entre les hernies, suivant qu'elles renferment de l'intestin ou qu'elles sont formées seulement par de l'épiploon.

Cette distinction, tout aussi fondamentale, au point de vue pratique, que celle qui résulte de la réductibilité ou de l'irréductibilité, justifie l'ordre adopté dans la description. Après avoir présenté, dans un premier chapitre, une histoire complète des hernies intestinales et intestino-épiploïques réductibles, l'auteur aborde l'étude des hernies irréductibles, dont il examine les quatre espèces admises par les auteurs, d'après les causes réelles ou présumées de l'irréductibilité ; ce sont : 1° les hernies adhérentes ; 2° les hernies engouées ; 3° les hernies enflammées ; 4° les hernies étranglées.

L'importance de la distinction établie par M. Gosselin entre l'épiplocèle et l'entérocèle, se retrouve à propos des hernies adhérentes. L'auteur fait remarquer que les adhérences ont presque toujours lieu aux dépens de l'épiploon et très-rarement aux dépens de l'intestin. Il examine longuement cette question de diagnostic qui a rapport aux accidents des hernies adhérentes, et, sans nier la possibilité d'un étranglement véritable dans ces cas, il pense que celui-ci doit être extrêmement rare, et il tend à rapporter les accidents à l'inflammation.

La théorie de l'engouement, déjà victorieusement réfutée par M. Malgaigne, est de nouveau discutée. Pour notre auteur, l'engouement solide n'existe pas, mais il réserve l'engouement gazeux et son intervention dans le mécanisme de l'étranglement.

Les chapitres consacrés à l'inflammation et à l'étranglement herniaires sont, sans contredit, les plus remarquables de l'ouvrage. La doctrine de l'inflammation soulève, en effet, une question de pratique de la plus haute importance. S'il existe une péritonite herniaire déterminant un *pseudo-étranglement*, suivant l'expression des partisans de l'inflammation, le chirurgien doit employer contre elle une thérapeutique spéciale, différente de celle qui convient lorsqu'il y a étranglement véritable ; la temporisation, l'emploi des moyens médicaux sont indiqués. Or, d'après M. Gosselin, on n'a pas assez tenu compte, dans cette question, de la nature des viscères herniés. Les faits cliniques montrent que si l'épiplocèle, les hernies adhérentes peuvent s'enflammer et devenir le siége d'un pseudo-étranglement, rien ne prouve, rien ne peut indiquer l'inflammation pure et simple de l'entéro-épiplocèle.

M. Gosselin définit l'étranglement ; « la constriction plus ou moins forte de l'intestin dans un trajet herniaire, constriction qui gêne la circulation sanguine, arrête le cours des matières intestinales, apporte un obstacle invincible ou passager à la réduction, et semble menacer, si elle persiste, de se terminer par une perfo-

ration ou une gangrène. » Cette définition, on le voit, laissant de côté la nature de la cause de l'étranglement, qui échappe bien souvent, entraîne avec elle cette conséquence immédiatement pratique, la nécessité de la réduction par quelque moyen que ce soit. Dire qu'une hernie est enflammée, c'est supposer qu'on peut attendre et essayer différents moyens thérapeutiques; dire qu'il y a étranglement, c'est indiquer qu'il faut réduire le plus tôt possible, et c'est là le fait capital.

L'auteur revient à l'article du diagnostic sur la distinction qu'on a voulu établir entre l'inflammation et l'étranglement; il montre que cette distinction est impossible en clinique, et qu'elle peut avoir pour résultat funeste de faire perdre au chirurgien un temps précieux. Mais tout l'intérêt du diagnostic est concentré sur les quatre points suivants :

S'agit-il bien d'une hernie qui était habituellement réductible, au moins en grande partie, ou d'une hernie habituellement irréductible ?

S'agit-il bien d'une hernie contenant de l'intestin ou d'une simple épiplocèle ?

L'étranglement est-il très-serré et, par suite, très-menaçant, ou peu serré et assez bénin pour faire espérer une réduction au bout de quelques jours ?

L'intestin présente-t-il déjà des lésions graves qui rendent la réduction dangereuse ?

Questions importantes qui contiennent en elles autant d'indications, et qui sont résolues avec une remarquable lucidité.

Le traitement de l'étranglement herniaire est exposé avec de grands développements, et nous ne saurions trop engager les praticiens à se pénétrer des préceptes renfermés dans cet article. L'auteur y examine successivement les moyens médicaux et les moyens chirurgicaux; rejetant les premiers, il indique comment on doit employer les seconds aux diverses époques de l'étranglement, en même temps que les modifications que le chirurgien doit savoir apporter au traitement, suivant les circonstances.

Depuis longtemps, M. Gosselin a cherché à remettre en honneur le taxis prolongé et *progressif*, aidé du sommeil chloroformique, et, par ce moyen qu'il a souvent employé avec succès, il a pu éviter l'opération à bon nombre de malades. Mais, pour être exempt de danger, ce moyen doit être convenablement appliqué; M. Gosselin donne les règles les plus propres à guider dans son emploi, ses indications et ses contre-indications, son manuel opé-

ratoires; il signale aussi les accidents qui peuvent en être la suite.

Si le taxis, convenablement employé, n'a pu réduire la hernie, ou s'il y a contre-indication à appliquer d'abord ce moyen, l'opération de la herniotomie doit être exécutée immédiatement, et, dès qu'elle est indiquée, c'est un devoir impérieux d'agir de suite. Une exposition minutieuse de l'opération complète le traitement de la hernie étranglée. Enfin, les considérations générales sur les hernies se terminent par la description de l'anus contre nature et des fistules stercorales, et par un dernier chapitre sur les hernies épiploïques réductibles et irréductibles.

Cette première partie, qui ne comprend pas moins des deux tiers de l'ouvrage, est assurément la plus importante, celle dont la lecture sera la plus instructive pour le praticien. L'histoire des hernies en particulier, qui vient à la suite de ces généralités, est faite très-complétement, et se recommande par le même esprit qui a présidé à la rédaction de la première partie.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Métrorrhagies traitées avec succès par l'emploi de la digitale. — Les deux observations qui suivent, prises dans le service de M. Lasègue, à l'hôpital Necker, montrent les bons effets que l'on peut retirer de l'administration de la digitale dans les hémorrhagies utérines.

Obs. I. Une femme de trente-six ans entre à l'hôpital Necker, atteinte d'une affection utérine dont elle fait remonter le début à deux ans. D'une menstruation régulière, cette malade a eu cinq enfants et trois fausses couches. Il y a deux ans, à la suite d'une dysménorrhée de trois mois, elle a été prise de pertes sanguines très-abondantes et qui se renouvelaient sans cesse; elle consulta M. Michon, qui constata une ulcération du col et conseilla des cautérisations au fer rouge. Quatre applications du cautère suffirent pour amener la cicatrisation : les hémorrhagies devinrent moins fréquentes, mais ne disparurent pas complétement. Entrée à l'hôpital le 24 décembre 1865, cette malade est soumise à un régime tonique et réparateur : repos et bains. On ne constate au toucher aucune tumeur, aucun corps fibreux qui puisse rendre compte de ces métrorrhagies.

Le 9 janvier apparaît un flux de sang très-abondant avec douleurs lombaires, abdominales et inguinales très-vives.

Le 11. L'écoulement est aussi considérable, les douleurs aussi

vives. M. Lasègue prescrit une infusion de 60 centigrammes de feuilles de digitale à prendre dans la journée.

Le lendemain, 12 janvier, la perte sanguine est moins marquée, les douleurs moins fortes. Le médicament a été très-bien supporté, il n'a produit ni vomissements, ni nausées, ni coliques. La même dose est continuée le 13 et le 14 mars, sans produire le moindre accident et le 15 au matin toute trace d'hémorrhagie a disparu.

Obs. II. Une jeune femme de vingt-huit ans entre à l'hôpital Necker le 13 décembre 1864. Il y a trois ans, à la suite d'une couche, elle eut un phlegmon périutérin, pour lequel elle fut traitée par M. Nonat. Avant cette époque, la menstruation n'avait jamais été régulière; mais depuis, les troubles furent plus marqués. Trois ou quatre mois se passent sans que les règles apparaissent, puis, au bout de ce temps, survient une perte abondante qui n'a jamais duré moins de dix jours. Depuis six semaines, la malade a eu quatre hémorrhagies qui l'ont réduite à un état anémique très-prononcé. Le toucher permet de constater les signes d'une affection périutérine ancienne. L'utérus comme enclavé, peu mobile, est volumineux, congestionné, le col entr'ouvert, sans trace d'ulcération. Dans les derniers jours de décembre, écoulement de sang modéré, qui disparaît de lui-même après six jours, sous la simple influence du repos au lit et de la position horizontale.

Mais le 9 janvier, la malade est reprise d'une métrorrhagie plus abondante, qui, cette fois, s'accompagne de nausées, douleurs lombaires et abdominales, et qui, loin de se calmer par le repos, tend au contraire à augmenter, car le cinquième jour l'écoulement de sang est plus prononcé que le premier. Alors le samedi, 14 janvier, on prescrit une infusion de 60 centigrammes de feuilles de digitale. Dès le lendemain, 15 janvier, la malade accuse une amélioration manifeste: le flux sanguin n'est pas encore arrêté, mais les douleurs ont disparu. La digitale n'a produit ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée, et la malade a mangé toute la journée avec appétit. La même dose est continuée le 15, et le lendemain matin l'hémorrhagie a complétement cessé.

Le mode d'administration du médicament est aussi simple que possible. L'infusion de feuilles de digitale, une fois faite, est mélangée à la tisane habituelle des malades, à laquelle on peut ajouter un sirop quelconque pour masquer le goût, et est absorbée de la sorte sans aucune difficulté. Il est quelquefois nécessaire d'élever la dose, ce qui se peut faire impunément, à la condition de la suspendre ou de la diminuer dès qu'apparaissent les vomissements.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'usage des tubes à drainage pour évacuer les liquides épanchés dans la cavité pleurale. L'application des tubes à drainage, dans les cas d'épanchements pleuraux, est de date toute récente. C'est M. Chassaignac qui, le premier, proposa et appliqua ce mode de traitement dans les épanchements purulents. Depuis, son exemple a été suivi par un certain nombre de chirurgiens anglais, parmi lesquels nous pouvons citer : MM. Ledwich, Goodfellow, Banks, Fincham.

Le docteur Kidd rapporte, de son côté, une intéressante observation que nous résumerons ainsi :

Obs. Mme J.-R. M***, née de parents phthisiques, et toussant depuis quelque temps, mit au monde son troisième enfant, le 26 octobre 1863. L'accouchement fut naturel et se fit en trois heures. Prise, au bout de quarante-huit heures, de rétention d'urine et de douleurs dans la région iliaque, cette malade ne put uriner, sans être sondée, que le quatrième jour après l'accouchement. Elle avait le pouls accéléré, la peau chaude; mais les lochies étaient assez abondantes et la sécrétion lactée se faisait bien. Au milieu de la nuit, elle ressentit une douleur aiguë dans le côté gauche, au niveau des insertions du diaphragme. M. Kidd la vit le 1er novembre; elle était assise dans son lit, dans l'impossibilité de rester couchée, tant étaient grandes la douleur et la dyspnée. La respiration était rapide et saccadée, et le pouls extrêmement accéléré. A la percussion et à l'auscultation on ne trouva aucun bruit anomal. Il survint alors du hoquet, des vomissements qui rendirent la douleur encore plus pénible. Un épanchement ne tarda pas à paraître, et il fut tellement abondant, que tout le côté gauche était mat; le cœur était fortement rejeté à droite.

On tenta, mais sans succès, un traitement purement médical jusqu'au 23 novembre. A cette époque, on fit la thoracentèse et l'on évacua un litre et demi de liquide séro-purulent. Le soulagement immédiat qui suivit l'opération ne fut que de courte durée, et le 5 décembre l'épanchement s'était reproduit et tout aussi abondant. D'après les conseils du docteur Banks, un tube à drainage fut introduit, et le mieux dépassa toute espérance. Le cœur revint à sa place, le poumon se dilata et l'écoulement diminua graduellement de quantité. Le 23 mars, le tube fut retiré définitivement, et vingt jours après, la malade était complétement guérie.

Le docteur Kidd résume dans les conclusions suivantes les diverses indications des tubes à drainage dans le traitement des épanchements pleuraux :

1° Le tube à drainage peut être introduit sans crainte dans la cavité des plèvres, et dans certains cas il constitue le meilleur agent thérapeutique dont on puisse disposer.

2° Dans l'empyème, résultat d'une pleurésie aiguë ou chronique, il rend les plus grands services, et dans les cas où il est certain que le liquide épanché est purulent, plus tôt le tube sera introduit, plus il y aura de chances de guérison, parce que le poumon peut alors se dilater partiellement au moins, et que les forces du malade ne sont pas encore épuisées.

3° Lorsque le liquide extrait de la cavité pleurale est séreux, il vaut mieux ne pas introduire immédiatement le tube, car le liquide peut bien ne plus se reproduire; mais si, au contraire, le liquide se reproduit rapidement et détermine une gêne très-grande de la respiration, il est bon de songer au drainage.

4° Lorsqu'il existe un trajet fistuleux et que le pus ne s'écoule pas facilement, — le pus ainsi retenu se décomposant, — il est indiqué de faire une contre-ouverture à la partie inférieure de la plèvre et d'introduire un tube à drainage.

5° Dans les cas d'hydro-pneumothorax, l'introduction d'un tube à drainage peut non-seulement diminuer les souffrances des malades, mais encore prolonger leur existence.

6° On ne doit retirer le tube que lorsque la suppuration est tarie. (*Dublin quarterly journal of medical science.*)

Cas de diarrhée et d'entérorrhagie opiniâtres, guéri par l'extirpation d'un polype du rectum. Il est bien rare que

l'hémorrhagie intestinale ne soit pas symptomatique; c'est donc à en reconnaître la cause pathologique que doit s'appliquer le praticien. Parmi ces causes, une des plus fréquentes, chez les enfants surtout, consiste dans l'existence d'un polype du rectum, ainsi que l'a rappelé notre habile collaborateur, M. Guersant, dans un court et substantiel article inséré dans l'un de nos derniers volumes. C'est là un fait bien souvent signalé, et pourtant il nous est arrivé plusieurs fois déjà de rencontrer des cas de ce genre, où la lésion, cause du symptôme hémorrhagie, avait été méconnue, et où la perte de sang avait été traitée en vain par toute la série des astringents pendant un temps quelquefois assez long. C'est un cas semblable que nous analysons ci dessous.

Il s'agit d'une petite fille de cinq ans et demi, qui avait reçu les soins de plusieurs médecins successivement, pour une diarrhée opiniâtre, accompagnée de perte de sang par l'anus, dont l'existence remontait à six mois. Comme dans les faits auxquels nous faisions tout à l'heure allusion, divers médicaments astringents avaient été inutilement mis à contribution ; l'enfant était devenue anémique et avait sensiblement maigri. Le docteur Woodman, médecin résident à Loudon hospital, fut appelé à voir la petite malade, et d'après les symptômes accusés, diagnostiqua un polype du rectum, mais sans pouvoir d'abord en constater la présence au moyen de l'exploration digitale. Mais quinze jours après, il finit par reconnaître l'existence de la production morbide, laquelle était attachée par un pédicule court mais assez épais sur la paroi postérieure du rectum, à deux pouces et demi de l'orifice anal. Il put l'extirper immédiatement au moyen de l'ongle. Dès ce jour, la diarrhée et l'hémorrhagie disparurent, et l'enfant ne tarda pas à reprendre des forces et les signes extérieurs de la belle santé dont elle avait joui auparavant. (*Med. Times and Gaz.*, nov. 1864.)

Affections liées à des maladies des dents et guéries par l'extraction de ces organes. Aux faits déjà nombreux que nous avons rapportés et qui se rangent sous le même titre, nous ajoutons les suivants qui sont empruntés, comme que quelques-uns de ceux publiés dans nos précédents volumes, à la pratique de M. Parker.

Dans le premier cas, il s'agit d'une névralgie faciale chez un homme âgé de quarante-trois ans. Le malade se présenta au dispensaire en février 1863, se plaignant de vives douleurs de la face, dont le début ne remontait pas à moins de douze années, et qui, pendant ce long espace de temps, avaient persisté avec de courtes interruptions et une intensité variable. Au commencement, elles avaient été manifestement causées par la carie de plusieurs dents, mais ensuite ces dents avaient cessé d'être douloureuses, et la maladie avait pris le caractère de la névralgie. Dans les trois derniers mois, la douleur revenait par accès chaque soir, et allait croissant jusque vers minuit, où elle diminuait de violence, pour s'exaspérer de nouveau le lendemain dans la soirée. Il y avait en même temps une sensation, que le malade comparait à celle que cause une brûlure, vers le sommet de la tête. L'examen de la bouche fit reconnaître l'existence de chicots cariés à droite, reste des première et seconde molaires supérieures et de la seconde molaire inférieure, et en même temps une carie avancée de la dent de sagesse, inférieure du même côté. L'extraction de ces organes altérés fut suivie d'une complète guérison.

Le second cas ressemble beaucoup au précédent. Le malade, homme de quarante-neuf ans, souffrait également de douleurs névralgiques de la face et de la tête : il avait été depuis trois ans soumis à divers moyens de traitement par plusieurs médecins, sans aucun soulagement, et finalement on lui avait déclaré que, selon toute probabilité, il ne guérirait jamais de cette maladie. A ces renseignements, cet homme ajoutait celui-ci ; c'est que jamais on n'avait examiné l'état de sa bouche. M. Parker ayant exploré les dents, reconnut qu'il existait quatre racines de dents cariées dans la mâchoire inférieure, et en proposa l'extraction. A la suite de cette opération, les douleurs allèrent en diminuant avec rapidité et finirent par disparaître : elles ne se sont pas renouvelées depuis.

Un troisième cas paraît au premier abord assez étrange. C'est le premier de ce genre que M. Parker ait eu l'occasion d'observer : il est remarquable d'une part par la soudaineté de l'apparition des accidents, et d'autre part, par leur cessation rapide. Le voici brièvement résumé. Une petite fille de quatre ans et demi fut amenée à l'hô-

pital de la Reine, dont M. Parker est dentiste. Sa mère racontait que sept jours auparavant, cette enfant avait été prise d'une douleur violente dans la première molaire inférieure, et qu'en même temps l'œil gauche s'était dévié; depuis lors, cet organe était resté dans la même position; il y avait strabisme prononcé. La dent n'était plus douloureuse, mais elle était le siége d'une carie avancée M. Parker en fit l'extraction immédiatement. Vingt-quatre heures après, l'œil dévié commença à revenir à sa direction normale et, au bout de trois jours il l'avait totalement recouvrée. (*Brit. med. journ.*, sept. 1864.)

Deux cas de mort, à la suite d'une injection coagulante dans un nævus sous-cutané. Le docteur Carter (de Strout) avait déjà chloroformé et traité par l'enfoncement d'aiguilles rougies au feu, une enfant âgée d'un mois, dont la moitié inférieure du nez représentait une masse confuse de nævi, qui englobaient la cloison et les deux ailes, et triplaient le volume normal de cet organe. Au moment de la naissance, le mal ne consistait qu'en une petite tache qui s'était accrue rapidement. L'inflammation consécutive ne parut produire d'autre effet que d'arrêter le mal dans le point cautérisé; mais la maladie continua de s'accroître si rapidement vers le haut, qu'en deux ou trois semaines elle avait envahi tout le nez. Le mal nouveau paraissait s'être surtout développé dans le tissu sous-cutané.

On se décida alors à faire une injection de perchlorure de fer dans l'intérieur de la masse; ce qui fut exécuté le 7, dans une petite portion de l'aile droite du nez. La douleur fut intense, mais l'effet obtenu parut devoir être favorable.

Le 11, voulant faire une nouvelle injection, on eut recours au chloroforme, négligé la première fois; mais comme la douleur ne devait pas être de longue durée, on ne chloroforma pas aussi complétement que pour la cautérisation à l'aiguille. On introduisit alors, sous la peau même de la joue, juste à la circonférence de la tumeur, la canule d'une seringue contenant 10 gouttes de solution de perchlorure, et on la poussa jusqu'au centre de la tumeur. L'effet du chloroforme était en partie dissipé, car l'enfant cria au moment de la ponction. L'action du piston de la seringue se trouva embarrassée; puis celui-ci céda brusquement, lançant d'un seul coup cinq gouttes de la solution. Une tache décolorée se montra immédiatement au nævus, au-dessus de l'endroit occupé par la seringue; puis l'enfant poussa un cri, eut une courte convulsion et cessa de respirer.

On eut recours à la respiration artificielle, à la faradisation, aux stimulants, etc., jusqu'à ce que tout espoir fût perdu. Dès le premier moment, on ouvrit la bouche de force et attira la langue en avant; il y eut un effort d'inspiration, suivi de deux ou trois autres de plus faibles en plus faibles, puis ce fut tout.

A l'occasion de ce cas par injection, ajoute l'auteur, M. Nathaniel Crisp, de Swallowfield, m'informa qu'un cas semblable était arrivé récemment dans un hospice colonial. L'autopsie avait démontré que la pointe de la seringue (le nævus siégeait à la joue) avait pénétré dans la veine transverse de la face, et que le sang s'était immédiatement coagulé dans les cavités droites du cœur. M. N. Crisp ne dit pas quelle quantité de solution avait été injectée.

Dans mon cas, la quantité avait été exactement de cinq gouttes qui avaient pénétré par secousse, parce que le piston de la seringue avait été altéré par l'action chimique de la solution.

Remarquons que les deux chirurgiens ont négligé l'usage de la seringue de Pravaz, dont le piston, marchant à l'aide d'un pas de vis, assure l'introduction graduelle du liquide, et empêche le jet rapide qui s'est produit dans les deux opérations. (*Annales d'oculistique* et *Gazette médicale de Lyon*.)

Bégayement guéri par les injections hypodermiques à l'acétate de morphine. Un médecin prussien, M. le docteur Saeman (de Kœnigsberg) vient d'ajouter une série nouvelle d'observations aux succès des *injections hypodermiques*. Parmi ces faits, dont la plupart ne présentent qu'un intérêt médiocre, il en est un qui mérite une mention particulière. M. Saeman fut consulté par une dame âgée de vingt-cinq ans, qui était atteinte depuis trois ou quatre ans d'un bégayement d'une gravité exceptionnelle, contre lequel on n'avait, du reste, employé aucun traitement rationnel. M. Saeman pensa qu'une injection sous-cutanée d'acétate de morphine pourrait peut-être produire

quelque amélioration ; mais, en croyant exécuter ce projet, il injecta par erreur 2 milligrammes et demi de nitrate de strychnine. Il en résulta que, le lendemain, le bégayement s'était exaspéré d'une manière déplorable. Pour réparer l'erreur, une injection d'un tiers de grain d'acétate de morphine fut immédiatement pratiquée. Cette opération fut suivie presque aussitôt d'un sommeil profond, qui se prolongea pendant huit heures. Le lendemain, la parole était beaucoup plus facile que précédemment, et cette amélioration se prononça même davantage dans le cours d'une conversation animée. Les injections, à la dose d'un sixième de grain, furent ensuite répétées tous les deux jours pendant une quinzaine, et l'amendement continua à faire des progrès. Le traitement fut interrompu par un changement de résidence de la malade. M. Saeman la revit trois semaines plus tard, et il apprit qu'elle avait été complétement débarrassée de son bégayement pendant plusieurs jours. Il avait ensuite reparu à plusieurs reprises, mais à un degré modéré. (*Deutsche Klinik* et *Gaz. hebdomad.*)

Nouveau bandage amovo-inamovible. M. Hamon de Fresnay, emploie la colle forte, délayée dans partie égale d'eau chaude, et additionnée d'environ une demi-partie d'alcool, afin de hâter l'évaporation. On a ainsi un mélange peu coûteux, se solidifiant en deux ou trois heures, sans odeur et doué d'une force de résistance considérable. L'auteur étend ce mélange sur un bandage de Scultet légèrement modifié et recouvrant le membre préalablement matelassé de ouate.

Il n'y a jusque-là aucun avantage bien nouveau, aucun notamment que l'emploi de la dextrine ne permette de réaliser au même degré. Mais voici ce qui, selon nous, est le meilleur. M. Hamon, au bout de quelques heures, fend longitudinalement le bandage ; puis, il fait, à l'emporte-pièce, le long de chacun des bords de cette fente, une série de trous (œillets), dans lesquels il passe un lacet ; ce qui permet de donner à l'appareil le degré de constriction voulue. Ce système, ajoute M. Hamon, est tellement simple, que le malade, le plus souvent, est lui-même apte à régler la puissance de compression. En l'absence du chirurgien, sent-il, sur un point donné, que son bandage comprime trop fortement la partie ? Il peut à l'instant même se soulager, en relâchant suffisamment le lacet. S'aperçoit-il, au contraire, que le membre, soit en partie, soit en totalité, est trop au large dans son appareil ? Rien de plus facile que de resserrer ce dernier au moyen du lacet. Ce mode de *réadaptation* offre donc d'immenses avantages, au point de vue de la simplicité, de la commodité, de la célérité, et surtout de la sécurité. (*Union méd. de la Seine-Inférieure*, 15 janv. 1865.)

Application endermique de l'atropine, empoisonnement. Le fait est rapporté par le docteur Ploss, de Leipsick. Un homme âgé de cinquante-trois ans était atteint d'une affection du larynx, que M. Ploss regardait comme étant de nature syphilitique. Cependant, un autre médecin, appelé en consultation, se prononça pour une laryngite simple, et prescrivit d'appliquer un vésicatoire sur le cou (la dimension n'en est pas indiquée), et de le panser le lendemain avec une pommade composée de 15 parties de sulfate d'atropine pour 700 parties d'axonge. Le docteur Ploss exprima ses craintes sur les effets d'une telle préparation ainsi employée, mais ses remontrances ne furent pas écoutées. Quelques minutes après le pansement, le malade s'élança du siége sur lequel il était assis, dans un état d'angoisse inexprimable, et se mit à courir dans la chambre, suffoquant, criant qu'il étranglait et que tout lui paraissait dans l'obscurité ; il arracha son pansement, et se jeta sur son lit, les yeux fixes et la face excessivement rouge. Dysphagie et dyspnée croissantes, convulsions cloniques semblables à celles de la chorée, respiration de plus en plus fréquente, pouls à 140 ou 150, impossibilité de prononcer une seule parole. On essaya de pratiquer une saignée, mais il fut impossible d'y parvenir, à cause des mouvements convulsifs incessants ; impossible également d'administrer quoi que ce soit par la bouche ou le rectum. Bientôt la respiration s'interrompit, le pouls devint filiforme, et le malade mourut, deux heures à peine après l'application du médicament.

Si, comme la chose ne paraît pas douteuse, l'opium constitue, par ses propriétés antagonistes, un véritable et très-efficace antidote de la belladone, c'était sans doute le cas d'en

essayer l'effet dans une circonstance pareille, et, l'administration par les voies ordinaires étant impraticable, de recourir aux injections hypodermiques; mais peut-être l'extrême agitation du malade s'y serait-elle opposée, de même qu'elle avait obligé de renoncer à la saignée. (*Zeitschr. fur med. chir., und Geburtsh*, et *Med. press.*, février 1865.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Influence sur la santé de l'aniline et des couleurs qui en dérivent, par M. Bergeron. La fabrication des couleurs d'aniline (rouge et bleu de fuchsine) comprend une succession d'opérations complexes dans lesquelles se produisent ou sont mises en œuvre des substances très-diverses, dont les unes sont inoffensives, tandis que les autres exercent sur la santé des ouvriers une influence plus ou moins fâcheuse.

Ainsi, les vapeurs de benzine, peu concentrées d'ailleurs dans les fabriques d'aniline, et les vapeurs d'acide acétique, paraissent être sans action; les vapeurs rutilantes d'acide hypoazotique, au contraire, donnent lieu parfois — et le fait est bien connu — à des accidents d'intoxication; surtout sur les voies repiratoires. Quant aux émanations de nitrobenzine et d'aniline, elles déterminent des troubles fonctionnels très-variés: du côté des voies digestives, ce sont des symptômes fréquents, mais peu durables et toujours peu sérieux de gastricité; du côté des centres nerveux, des céphalées et des vertiges qui disparaissent, en général, après quelques semaines d'apprentissage; des syncopes et, enfin, des phénomènes beaucoup plus graves, mais tout à fait exceptionnels, de coma compliqué parfois de délire et de mouvements convulsifs: il résulte, d'ailleurs, d'expériences répétées souvent sur les animaux, et à l'aide desquelles l'auteur a pu reproduire en les exagérant quelques-uns des accidents observés chez les ouvriers, que la nitro-benzine agit comme un véritable stupéfiant, et que l'aniline, au contraire, est un excitant énergique du système musculaire. — Ces deux substances peuvent encore produire un certain degré d'analgésie des membres supérieurs, et, par exception, paraît-il, de la paralysie musculaire localisée; mais les expériences faites sur les animaux, et dans des conditions aussi analogues que possible à celles où se trouvent les ouvriers, n'ont jamais reproduit ce dernier fait morbide.

L'aniline et la nitro-benzine ne paraissent exercer aucune action spéciale sur les fonctions génitales, qui participent seulement, chez quelques ouvriers, de l'état de langueur de tout l'organisme qu'amènent à la longue les vapeurs carburées. — Mais un effet constant des émanations d'aniline et de nitro-benzine est de donner à tous les ouvriers un aspect anémique incompatible, en apparence, avec la dépense de forces que nécessite leur travail; aussi ce remarquable contraste démontrerait-il, à lui seul, qu'il ne s'agit pas ici d'une véritable chloro-anémie, si l'absence de palpitations et de souffle cardiaque ou artériel, si surtout la rapidité avec laquelle la décoloration des tissus se produit, et la rapidité non moins grande avec laquelle les couleurs normales reparaissent, ne concouraient à prouver que, dans ce cas, l'altération du sang ne peut être bien profonde et ne doit certainement pas se caractériser anatomiquement par une diminution de la proportion des globules; il y aurait donc là, en définitive, simple décoloration des globules du sang, soit effet direct de l'action des carbures incessamment mis en contact avec ce liquide par les voies respiratoires, soit résultat indirect d'une diminution de la proportion d'oxygène dans l'air que ces ouvriers respirent, sinon du déplacement de ce gaz par les vapeurs carburées et peut-être modification consécutive dans la forme des globules, que le microscope montre d'ailleurs déprimés et sans tendance à se grouper en piles (ce dernier fait est surtout marqué chez les animaux). — Plus tard, une véritable chloro-anémie peut survenir avec tout son cortége de symptômes caractéristiques. — Les seuls accidents qui, dans la fabrication des couleurs d'aniline, puissent être rapportés à l'arsenic, que l'on y emploie en quantité considérable, sont les éruptions vésico-pustuleuses et les ulcérations déjà signalées tant de fois à propos des industries dans lesquelles sont mises en œuvre les composés arsenicaux. (*Académie de médecine.*)

Nouveau pulvérisateur des liquides. M. le professeur Gavarret a présenté à l'Académie de médecine un nouveau pulvérisateur des liquides

que M. Sales-Girons vient de faire exécuter par M. Charrière.

Pour que l'auteur de la pulvérisation, qui a déjà fait plusieurs instruments de ce genre, se soit cru obligé d'en chercher un nouveau, il faut penser qu'il y avait lieu à un perfectionnement et que sa méthode le réclamait.

En effet, une dernière objection de la critique était restée incomplétement résolue et demandait une plus entière satisfaction. Cette objection, on le sait, portait sur la pénétration du liquide pulvérisé dans les rameaux bronchiques : la critique niait formellement cette pénétration; mais MM. Poggiale, Demarquay et autres, qui avaient fait à ce sujet les expériences les plus décisives, l'affirmaient.



C'est après de longs débats sur cette question que M. Sales-Girons se mit à l'étude et publia bientôt après la théorie physiologique de la pénétration des poussières liquides dans les bronches. Satisfait à demi de la solution qu'il avait trouvée, laquelle ne pouvait démontrer cette pénétration que jusqu'aux premières bifurcations bronchiques, il poursuivit ses expériences et finit par découvrir le nœud de la difficulté. M. Sales-Girons, disons-nous, trouva que cette pénétration ne dépendait pas des organes, mais bien de l'état de la poussière liquide elle-même. Si cette poussière était grossière, si elle n'était pas plus fine que celle que l'on produisait avec les instruments existants, il trouvait qu'elle ne pénétrait que jusqu'aux premiers angles des tubes coudés ou anguleux dont il se servait pour ses expériences; si au contraire la poussière était plus déliée, plus fine, elle pénétrait beaucoup plus avant dans les tubes recourbés.

Partant de cette différence de résultat, M. Sales-Girons comprit qu'il fallait donner à la pulvérisation une perfection telle, que la division du liquide médicamenteux fût aussi complet que possible. Les fumées, comme on le sait, traversant d'un bout à l'autre les tubes anguleux et courbes, il fallait, pour bien faire, que la poussière liquide fût presque semblable à de la fumée.

Il y avait donc lieu de perfectionner les pulvérisateurs jusqu'à ce qu'on eût atteint le degré extrême de la pulvérisation. M. Sales-Girons s'occupa de ce soin, et l'on peut dire que l'instrument qu'il présente réalise l'objet voulu.

Après avoir expliqué devant l'Académie le mécanisme simple de ce nouveau pulvérisateur et montré l'usage facile que le malade peut en faire lui-même, M. Gavarret le fait fonctionner à plusieurs reprises et en fait sortir une poussière qui a l'aspect et les propriétés de la fumée, quoiqu'elle soit froide comme le liquide employé. Cette poussière tourbillonne dans l'espace, s'élève plutôt qu'elle ne descend, s'évanouit dans l'air, rebondit enfin sur les surfaces sèches ou mouillées qu'on lui oppose, et, dans ces conditions, doit parcourir les bronches, franchir les angles qu'elle forme à chaque embranchement, et arriver ainsi jusqu'aux derniers rameaux de l'arbre respiratoire, comme l'exige le traitement des malades soumis à la méthode de la pulvérisation.

Rappelant brièvement la discussion élevée sur cette méthode, dont la thérapeutique a déjà fait les plus utiles applications, M. Gavarret explique ce que la critique des adversaires avait de fondé dans sa négation, en même temps qu'il explique ce que les réponses des partisans avaient également de fondé dans leur affirmation. Les particules les plus grosses de la poussière donnant raison au premier, les particules les plus fines donnaient raison au second.

Désormais avec le nouvel instrument, qui pulvérise tout le liquide avec la dernière finesse, la critique aura perdu tous ses droits à l'objection; et l'on peut dire, ajoute l'éminent professeur en terminant, que M. Sales-Girons vient de mettre la dernière main à sa méthode respiratoire, du moins dans ses applications à la thérapeutique des maladies de poitrine. (*Ac. de méd.*)

VARIÉTÉS.

Séance publique annuelle de l'Académie des sciences.

PRIX DE MÉDECINE.

Rapport sur le concours de l'année 1864. (Commissaires, MM. Cl. Bernard, Velpeau, J. Cloquet, Serres, Rayer, rapporteur.)

L'Académie a proposé comme sujet d'un prix de médecine à décerner en 1864 la question suivante : *Faire l'histoire de la pellagre.*

On croyait, il n'y a pas très-longtemps encore, que la pellagre était confinée à l'Italie. Aujourd'hui, il n'est plus douteux que le mal qui afflige les Asturies, en Espagne, est la pellagre, et qu'elle règne dans plusieurs départements du sud-ouest de la France.

On croyait qu'elle était une endémie dont les conditions locales étaient seules responsables en Italie; mais la présence du fléau dans des contrées très-éloignées les unes des autres, et certains faits qui se produisirent firent penser que d'autres causes que des causes locales agissaient dans le développement de cette funeste maladie.

Enfin vint se jeter à la traverse l'opinion que la pellagre, si elle était endémique, était sporadique aussi, comme l'est une pneumonie.

Ces faits, ces dires, ces opinions montrèrent à l'Académie qu'il y avait là une grande question d'hygiène, et elle voulut, par une récompense solennelle, exciter les travailleurs déjà excités par l'intérêt du sujet, par la diversité des opinions et par la vivacité des discussions.

Les travailleurs, en effet, accoururent : c'est M. Roussel (Théophile), avec un Traité très-étendu et très-complet sur la pellagre, lui qui, le premier, en 1842 et en 1845, appela en France l'attention sur cette maladie; c'est M. Costallat (Arnaud), dont les investigations ont pour point de départ l'émotion douloureuse ressentie à la vue de grandes calamités; c'est M. Henri Gintrac, l'historien de la pellagre de la Gironde; c'est M. Landouzy (H.), qui découvre, en Champagne et ailleurs, la pellagre sporadique, et qui, de la clinique de Reims, se fait un argument contre la clinique de Milan et celle des Pyrénées ; c'est M. Billod (Ed.) et, après lui, M. Brunet (Daniel), qui rattachent à la folie une sorte de pellagre, tandis que jusque-là la pathologie rattachait à la pellagre une sorte de folie ; enfin, c'est M. Bouchard (Ch.), qui voit dans la pellagre une modalité spéciale imprimée à un état cachectique par diverses causes, et plus particulièrement par la misère et l'insolation.

Ces hommes ont, pour la plupart, voyagé ; ils ont recueilli sur place des faits et des documents. Ils ont écrit des mémoires importants, des livres considérables, et ce n'a pas été une tâche petite pour votre Commission que de prendre connaissance de tous ces travaux.

L'intérêt du concours ouvert par l'Académie se concentre dans la question de la nature de la pellagre. Ces questions de nature, tout abstraites qu'elles peuvent paraître, ont pourtant beaucoup de valeur et une grande portée. Quand il s'est élevé entre les médecins la mémorable discussion sur la nature de la fièvre jaune, à savoir si elle était contagieuse ou si elle ne l'était pas, il s'agissait ou de faire tomber, si elle n'était pas contagieuse, des barrières et des retards qui

(1) Suite et fin, voir la dernière livraison, p. 184.

entravaient le commerce et les correspondances, ou, si elle était contagieuse, de préserver, comme à Saint-Nazaire, les populations de l'invasion d'un redoutable fléau, et de trouver la limite où l'on conciliait avec le plus de justesse la sécurité des riverains de la mer et la liberté des transactions commerciales.

Il n'en va certainement pas de moins dans la question de la nature de la pellagre. Si elle est due, comme quelques-uns le prétendont, à un empoisonnement lent par un épiphyte délétère, on a le moyen de la guérir ou de la prévenir et de faire disparaître une endémie qui afflige d'une façon cruelle de beaux pays. Si, au contraire, cet empoisonnement n'est qu'une hypothèse que les faits détruisent, il faut renoncer à d'ambitieuses espérances et rentrer dans une ignorance qui vaut mieux qu'une fausse science.

Dans le concours dont votre Commission est chargée de vous faire le rapport, quatre opinions sur la nature de la pellagre sont en présence, opinions qui se combattent et qui sont exclusives les unes des autres.

Suivant une première opinion, la pellagre est une maladie spécifique produite par un agent toxique, à savoir le *verdet* ou *verderame*, parasite épiphytique qui se développe sur le maïs altéré ; empoisonnement lent qui, renouvelé chaque fois qu'une nouvelle récolte de grains altérés entre dans la consommation, finit par causer la mort des malades. C'est l'opinion de M. Roussel et de M. Costallat.

Suivant une seconde opinion, qui est celle de M. Henri Gintrac, la pellagre est une affection générale qui, abandonnée à elle-même, marche d'une manière lente et insidieuse, et entraîne un dépérissement progressif. Les conditions qui influent le plus sur le développement de cette maladie sont l'hérédité, certaines professions, une alimentation mauvaise ou insuffisante, et la misère.

M. Bouchard se rapproche de cette manière de voir, seulement il précise plus que M. Gintrac ; pour lui, la pellagre est une cachexie qui, déterminée par toutes les espèces de misères, reçoit son caractère spécial de l'insolation.

D'après M. Landouzy, la pellagre ne connaît pas les limites que lui tracent MM. Gintrac et Bouchard ; non-seulement elle atteint tous les tempéraments, toutes les constitutions, toutes les conditions, mais encore elle peut se manifester chez les personnes qui sont en dehors de la misère, qui vivent dans l'aisance, qui jouissent de bonnes conditions hygiéniques. En conséquence, il déclare que la cause de la pellagre est inconnue ; seulement il nomme comme la principale cause occasionnelle l'insolation, et comme principales causes prédisposantes l'hérédité, la misère, l'usage d'une alimentation altérée ou insuffisante, l'aliénation mentale, et particulièrement la lypémanie.

Enfin, M. Billod nie que la pellagre existe ; il n'y voit qu'une combinaison factice, une réunion de symptômes faite par les pathologistes et non par la nature. « L'entité pathologique, dit-il, désignée sous le nom de *pellagre* n'est pas, comme on l'a cru jusqu'à ce jour, une maladie caractérisée par des symptômes cutanés, digestifs et nerveux, mais un état, une habitude du corps disposant à des maladies de la peau, de l'appareil digestif et du système nerveux. En tant que maladie de la peau, la pellagre se résume dans un effet de l'insolation sur le corps débilité en des conditions données. » Ainsi, suivant cette hypothèse, tout cachectique peut être atteint d'un érythème solaire, de troubles digestifs et de troubles nerveux, soit isolés, soit combinés deux à deux, soit combinés trois à trois, sans qu'il y ait, derrière cette cachexie et ces divers accidents, le lien d'une cause unique qui les enchaîne.

M. Brunet nie aussi l'existence de la pellagre : la triade symptomatique, lésions de la peau, lésions des voies digestives, lésions du système nerveux, à laquelle on a donné le nom de *pellagre*, ne constitue pas une individualité morbide distincte. L'insolation est la seule cause des faits qu'on attribue à la diathèse pellagreuse. Les trois espèces de symptômes cutanés, digestifs et nerveux, bien que pouvant être produits par une même cause, l'insolation, n'ont entre eux aucun lien direct; leur marche est complétement indépendante, et la guérison des uns n'influe en rien sur celle des autres.

Avant d'aller plus loin, il faut dire quel est le domaine attribué à la pellagre ; sans cela on ne pourrait comprendre ni les arguments pour, ni les arguments contre les diverses théories.

La pellagre règne endémiquement dans la haute Italie, dans le sud-ouest de la France, dans le nord de l'Espagne, dans la Hongrie le long du Danube, et, dans ces pays, elle sévit presque exclusivement sur les populations rurales.

Une maladie sporadique qu'on a nommée *pellagre* a été observée dans diverses localités, à Reims surtout, où M. Landouzy en a recueilli un bon nombre de cas. Quelques médecins des hôpitaux ont aussi recueilli des observations semblables, à Paris, à Rouen et ailleurs.

Enfin, une maladie qu'on a nommée aussi *pellagre* a été signalée dans les maisons d'aliénés, par M. Billod ; après l'avoir reconnue dans l'établissement de Sainte-Gemmes, qu'il dirige, il l'a suivie dans une foule d'autres établissements, et rien n'est moins rare que cette espèce de pellagre dans cette sorte d'asiles.

Il y a un fait constant dans l'histoire de la pellagre endémique : c'est que, quand la maladie n'est pas parvenue à ses derniers stades, on la guérit en changeant le régime des pellagreux, c'est-à-dire en substituant une bonne et solide alimentation à l'alimentation chétive dont ils faisaient usage. L'expérience de G. Cerri est capitale ; chargé, en 1795, par le gouvernement de Milan, de recherches sur la cause de la pellagre, il fit nourrir pendant un an dix pellagreux, dans un état de maladie bien caractérisé, avec de bons aliments empruntés en partie au règne animal, et avec de bon pain au lieu du pain de maïs et de la polenta dont ces individus se nourrissaient auparavant : il vit leur état s'améliorer rapidement, et l'année suivante l'éruption cutanée et les autres accidents ne reparurent pas. Cette expérience, faite à dessein, a été répétée sans dessein et avec une efficacité semblable, en beaucoup de cas où les habitants de certaines localités furent obligés par une cause quelconque de renoncer à leur aliment habituel, le maïs ; on peut voir ces cas rapportés dans l'ouvrage de M. Roussel. Ainsi on a remarqué que les gens qui, devenant domestiques, entrent dans de bonnes maisons, guérissent de la pellagre; on a remarqué encore que les conscrits pellagreux regagnent la santé au régiment ; il faut noter surtout que l'administration militaire a cessé de voir dans la pellagre une cause d'exemption; ce qu'elle n'aurait point fait, elle qui n'a point de théorie sur la cause, si l'observation ne lui avait enseigné la certitude de la guérison par le changement de régime.

Ces cas, qui appartiennent à l'endémie italienne, ont la plus haute importance, car ils sont décisifs. Ils prouvent péremptoirement que cette endémie n'a sa cause ni dans l'air, ni dans l'eau, ni dans le logement, ni dans le vêtement, mais qu'elle l'a dans l'alimentation. Ils changent donc le champ vaste de l'endémie en un champ restreint et circonscrivent la recherche.

Il est possible de la circonscrire encore davantage. Dans tous ces cas où le changement de régime de mauvais en bon a été suivi de la guérison de la pellagre, on trouve que ce mauvais régime était constitué par l'usage continuel et presque exclusif de la farine de maïs. Le maïs est donc lié d'une façon quelconque à la production de la pellagre. Les données historiques et géographiques confirment ce fait; nous disons *confirment*, car c'est une confirmation qu'elles apportent : la preuve, comme on le voit, est fournie directement. On peut donc, avec assurance, accepter les dires qui assignent à la pellagre une origine naissante et concomitante de l'introduction du maïs comme aliment usuel de populations entières; dires qui d'ailleurs se fondent sur de bons documents et qui n'ont jamais été contredits que par des allégations du genre de celle-ci : que la pellagre avait existé de tout temps, mais qu'elle avait été méconnue jusqu'au dix-huitième siècle. On peut voir, en effet, dans M. Roussel, le résumé historique fort bien fait qui montre que pour l'Italie et pour l'Espagne, le maïs ne commençant à figurer parmi les grandes cultures qu'à partir de la fin du dix-septième siècle, la pellagre n'est trouvée que dans la première moitié du dix-huitième siècle; que pour la France, le maïs n'ayant pris de l'importance parmi les cultures du midi, et produit une révolution alimentaire que dans le courant du dix-huitième siècle, c'est dans ce même dix-huitième siècle que les plus anciens faits de pellagre sont relatés. Quant à la géographie, la pellagre règne dans certaines contrées d'Italie, d'Espagne, de France, de Hongrie, toutes contrées où la population rurale se nourrit principalement de maïs. A la vérité, on fait remarquer que la Bourgogne et la Franche-Comté, qui, elles aussi, usent largement du maïs, ne sont pas sujettes à la pellagre. Mais ce fait, qui, négatif, ne peut détruire un fait positif, s'explique soit parce que les populations bourguignonnes et franc-comtoises unissent à l'usage du maïs de meilleures conditions alimentaires, soit parce qu'elles dessèchent le maïs en le passant au four, avant de l'employer, et préviennent ainsi le développement du verdet; pratique conseillée par MM. Lodovico Balardini et Roussel, et sur la nécessité de laquelle M. Costallat insiste pour les pays à pellagre. Laquelle des deux explications est la véritable ? On sent que, résolue, cette question entraînerait la solution relativement à la cause de la pellagre.

Cette cause, des faits incontestables, cités plus haut, l'ont circonscrite dans l'alimentation, puis l'ont liée au maïs. De là résulte une tendance puissante à la circonscrire plus étroitement et à la rattacher à la mauvaise qualité du maïs. Déjà la remarque s'est présentée à plus d'un esprit, qu'ailleurs il y avait des misères aussi poignantes que celles de l'Italie, du nord de l'Espagne ou du sud-ouest de la France, qui produisaient tous les maux de la misère, mais non la pellagre. Il y avait donc lieu de chercher dans le maïs quelque chose de particulier qui transformait en pellagre cette misère. C'est ce qu'a fait M. le docteur Lodovico Balardini, qui a assigné comme cause spécifique de la pellagre un champignon, *verderame* en italien, *verdet* en français, qui attaque le maïs. Et ce n'est pas par une pure hypothèse, par une conception de l'esprit qu'il en est venu à choisir ainsi, dans le maïs, un maïs particulier. Non, un fait considérable l'a frappé, c'est que toutes les fois que le verdet abonde davantage, la pellagre a des recrudescences. A cette doctrine ainsi trouvée, M. le docteur Costallat, il nous l'apprend lui-même, a été converti de la même façon. En 1857, dans la contrée qu'il habite, au pied des Pyrénées, la récolte avait été mauvaise ; pour subvenir aux besoins, il se fit une large importation de maïs venant des provinces danubiennes, à la suite de quoi la pellagre sévit avec fu-

reur ; mais le grain importé était avarié et en proie au verdet. L'année suivante, la récolte fut bonne et la pellagre rentra dans ses limites accoutumées. Dès lors, M. Costallat soutint, sans s'être jamais laissé ébranler par aucune objection ni apparence, que le verdet est la cause de la pellagre, et qu'en supprimant le verdet on supprimerait la pellagre. Faut-il faire comme lui et passer du côté de Balardini ? Sans doute, les expériences de ce genre qui se sont produites plusieurs fois et en plusieurs lieux rendent très-probable l'explication de la pellagre par le verdet ; mais pour la rendre certaine, il faut la contre-expérience, c'est-à-dire des cas bien observés où la pellagre déjà contractée se guérisse, tout en continuant l'usage du maïs, mais d'un maïs sain et non infesté de verdet. Tant que cette contre-expérience n'est pas faite, on peut objecter avec plus ou moins de vraisemblance que ce n'est pas le verdet qui produit la pellagre, c'est l'insuffisance alimentaire du maïs, rendu encore plus insuffisant par le verdet qui le vicie.

Ces conclusions, on a cru les frapper de néant en objectant qu'il y avait des pellagres indépendamment de l'usage du maïs ; mais ces affections pellagriformes, quelle qu'en soit la nature, n'empêchent pas qu'il y ait une catégorie de pellagres que l'on guérit quand, à temps, on change le régime alimentaire.

M. Landouzy, frappé des cas d'érythème, de troubles digestifs et de troubles nerveux qu'il eut occasion d'observer à la clinique de Reims, a soutenu la cause des pellagres sans maïs, déclarant que ce qu'il avait sous les yeux était semblable, non-seulement aux descriptions contenues dans les livres, mais encore aux pellagres incontestées qu'il alla, pour satisfaire à son besoin de certitude, voir dans les lieux mêmes où règne l'endémie. M. Roussel a employé un chapitre de son ouvrage à montrer que cette ressemblance est plus apparente que réelle ; par exemple, pour ne citer rien autre, la pellagre de M. Landouzy ne présente pas les accidents nerveux qui forment le début constant de la pellagre endémique avant l'apparition de l'érythème. Sans entrer dans une discussion nosographique, il suffit de rappeler ce fait bien établi, que la pellagre endémique guérit, dans ses premières périodes, par le changement de régime alimentaire et la suppression du maïs. Il faut insister sur ce point essentiel : dans la pellagre endémique on a l'épreuve (la liaison avec le maïs) et la contre-épreuve (la guérison en cessant l'usage de cette farine). Dans la pellagre décrite par M. Landouzy, on n'a ni l'épreuve (puisque de son propre aveu elle n'est liée à aucune condition), ni la contre-épreuve (puisqu'elle n'a aucun mode assuré de guérison). C'est pour cela que la pellagre sans maïs de M. Landouzy ne peut exercer aucune influence sur la doctrine étiologique de la pellagre endémique.

L'argument employé contre la pellagre sporadique de M. Landouzy s'applique avec autant de force à la pellagre des aliénés. Il résulte des observations de M. Billod et de M. Brunet que cette pellagre (il faut laisser aux faits les noms que les auteurs leur ont donnés) survient chez des individus dont le régime alimentaire n'est pas mauvais, et ne se guérit pas par le changement de régime. Ajoutons, ce qui est également décisif, que la marche de la pellagre des aliénés et celle de la pellagre endémique sont totalement différentes. Dans la première, l'érythème survient à la folie ; dans la seconde, la folie survient à l'érythème et aux troubles digestifs. Une inversion aussi complète témoigne qu'il s'agit de faits pathologiques distincts, et elle nous fait comprendre comment MM. Billod et Brunet ont été amenés à soutenir qu'il n'y avait point de pellagre, et que ce qui restait ne représentait que trois groupes de symptômes associés indifféremment deux à deux ou trois à trois. En effet, en partant chez

les aliénés de l'état de folie pour y grouper soit l'érythème solaire, soit des troubles digestifs, on ne pouvait arriver à une autre conclusion.

D'après ce qui précède, il est permis d'écarter de la question d'étiologie la pellagre sporadique et la pellagre des aliénés. Mais il n'en est pas de même d'une complication que les recherches suscitées ont mise en lumière. M. le docteur Costallat, partisan déterminé de la doctrine de Balardini (Lodovico), fut averti par des médecins espagnols qu'il existait dans leur pays, la Vieille-Castille et l'Aragon, une pellagre complétement étrangère au maïs. La Vieille-Castille et l'Aragon se nourrissent non de maïs, mais de blé. La pellagre dont il s'agit y est connue sous le nom de *flema salada* ; il faut noter qu'en Asturie, où règne la pellagre, dite là *le mal de la rosa*, on vit de maïs. M. Costallat s'empressa de se rendre sur les lieux, et il trouva, en effet, une maladie très-semblable à la pellagre qu'il a sous les yeux dans le département des Hautes-Pyrénées qu'il habite. Néanmoins, l'identité ne lui parut pas complète, et il essaya de noter des différences à l'aide desquelles il crut pouvoir rapprocher la *flema salada* de l'acrodynie de Paris des années 1828 et 1829, et l'attribua à la *carie*, parasite commun dans le pain mal préparé dont usent les gens de ce pays-là.

Ainsi averti, M. Roussel s'est montré disposé à se ranger à l'avis de M. Costallat sur la *flema salada*. De plus, il s'est demandé si l'on ne pourrait pas rattacher à une altération soit du millet, soit d'une autre céréale, les cas de pellagre sans usage du maïs rapportés par M. Gintrac. Ce sont là des faits importants à étudier, des vues à poursuivre dans le groupe des maladies dues aux altérations des céréales. Mais ces faits, quels qu'ils soient et quelque interprétation qu'on veuille leur donner, n'entament pas les faits relatifs au maïs et les liaisons de cette alimentation avec la pellagre.

Tout ce qui peut être allégué pour ou contre la liaison de la pellagre avec le maïs, pour ou contre l'intoxication par le verdet, vient d'être résumé, condensé dans l'exposé ainsi soumis à l'Académie. Maintenant, que faut-il conclure ? Dire que l'intoxication n'est pas certaine par le maïs altéré, ce serait aller contre des faits bien établis et fort importants ; dire qu'elle est la source unique de la pellagre, comme paraît le penser M. Roussel, ce serait outre-passer les conditions de la certitude scientifique. Que reste-t-il donc à faire ? Conseiller fortement aux médecins et à l'administration l'expérience que M. le docteur Costallat a eu le mérite de proposer, et qui, réduite à sa plus simple expression, consiste en ceci : « Ne changer dans le régime des pellagreux qu'une seule chose, la farine de maïs avarié, à laquelle on substituera la farine de maïs en bon état. »

De cette façon, la solution de la question est ramenée à la sûreté d'une expérience dans le laboratoire. Si avec la bonne farine la pellagre persiste, le verdet n'en est pas la cause; si elle guérit, le verdet en est la cause ; car il n'y a de changé dans les termes du problème que la qualité de la farine. C'est la contre-épreuve nécessaire pour donner la certitude à l'épreuve.

C'est sous la réserve de l'expérience proposée que la Commission formule son appréciation du concours et des ouvrages qu'il a suscités. Le problème de la pellagre n'est pas comme une expérience de physique ou de chimie qu'on peut répéter dans le laboratoire et juger à l'aide d'une vérification. C'est une de ces maladies confinées en certains lieux et qu'il faut aller voir sur place. Votre Commission n'hésite pas à déclarer que la connaissance de la pellagre autrement que par les livres et par les documents lui fait défaut. Elle a donc dû se

borner à un rôle de critique, c'est-à-dire à celui de l'érudit, de l'historien, qui, avec des pièces en main, cherche à déterminer la réalité d'un fait, la certitude d'un événement. Ce procédé, qui reste seul ouvert quand la vérification directe est impossible, a ses règles auxquelles nous nous sommes efforcés de ne pas manquer. Si elle eût pu, la Commission aurait fait l'expérience de M. Costallat et apporté, au lieu d'une réserve, une décision à l'Académie.

Les principes du jugement qu'il s'agit de porter étant ainsi posés, il n'y a plus qu'à les appliquer.

M. Winternitz a envoyé un mémoire trop peu achevé pour qu'il soit nécessaire de faire autre chose que le mentionner. Son opinion est que la pellagre n'existe pas, et n'est qu'un assemblage de symptômes variables dans leur association, chez des individus atteints de maladies chroniques diverses.

M. Benvenisti (M.) croit que la pellagre est une transformation de la lèpre du moyen âge, conclut d'un certain nombre d'autopsies de folles pellagreuses que la lésion essentielle réside dans la faux du cerveau et dans le sinus longitudinal, fait de cette double lésion la cause organique de toute folie et se trouve ainsi conduit à ranger la pellagre parmi les aliénations. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans une pareille manière de voir, et nous acceptons la critique détaillée et motivée qu'en a faite M. Roussel.

Une note de M. le docteur Legrand du Saulle appelle l'attention des médecins légistes sur la folie des pellagreux. Elle ne remplit pas l'objet du concours ouvert par l'Académie.

M. Leudet (E.) a envoyé trois observations : elles rentrent dans la catégorie des pellagres sporadiques de M. Landouzy.

Dans la voie de ceux qui nient que la pellagre soit liée au maïs, l'œuvre de M. Landouzy est la plus considérable. Les cas qu'il a recueillis forment une catégorie de faits dont la nature indéterminée pourra être éclairée par de nouvelles recherches. Le mérite de M. Landouzy sera d'avoir, en signalant cette catégorie, rendu un véritable service à l'étude de la pellagre.

C'est un témoignage du même genre, et non moins mérité, que la Commission accorde à M. Billod. Lui aussi a signalé des faits qui étaient restés inaperçus, et ajouté un chapitre aux investigations pathologiques. Ses observations et son enquête resteront ; mais, dans l'opinion de la Commission, ce qu'il a nommé *pellagre des aliénés* n'a pas de rapport avec la maladie qui, sous forme endémique, ravage plusieurs contrées.

A l'ouvrage de M. Billod se rattachent : le mémoire de M. Brunet, qui, ajoutant de nouvelles observations, se range à la même doctrine ; et la note de MM. Labitte et Pain, qui affirment la fréquence des accidents pellagriformes dans les asiles d'aliénés et qui les regardent, lors même que le régime est aussi bon que possible, comme une des terminaisons de la folie.

Rentrons dans la pellagre proprement dite. M. Bouchard (Ch.) est un esprit net et distingué, qui met ses qualités dans ses écrits ; mais, plus frappé des ressemblances nosographiques que des conditions étiologiques, il crée une modalité cachectique, d'origine très-diverse, dont le caractère est de se révéler par le coup de soleil ; et il n'apprécie pas à leur juste valeur certains faits positifs et acquis, relatifs à l'action du maïs altéré.

M. Henri Gintrac, qui a remis une histoire de la pellagre du département de la Gironde, est sur son terrain. Il a visité les communes, vu les malades et compté les cas ; son livre est sans doute un bon document, mais il n'ajoute pas à ce que nous savons par les médecins italiens qui ont écrit sur ce sujet. Averti

par les dires de Balardini, de Roussel, de Costallat, M. Gintrac s'est enquis de l'usage du maïs; beaucoup de ses malades n'en avaient jamais mangé. C'est un fait important à ranger peut-être à côté de la *flema salada* de la Vieille-Castille et de l'Aragon.

Restent deux personnes que la Commission croit dignes de récompense : MM. Costallat et Roussel.

Le mérite de M. Costallat est d'avoir lutté avec autant d'ardeur que de persévérance contre les pseudo-pellagres; d'avoir signalé à l'attention, comme analogues à la pellagre et à l'acrodynie, une maladie qui, dans certaines parties de l'Espagne, règne sous le nom de *flema salada*, en même temps que la *carie* affecte le blé, et d'avoir proposé une expérience décisive.

M. Roussel, dans son ouvrage, qui est très-étendu et qui est le fruit de grandes lectures, de voyages, d'observations personnelles et de communications dues aux observateurs, a réuni une description complète de la pellagre, où l'on remarque la mise en lumière des accidents nerveux du début, des documents de toute espèce, une critique des opinions de Landouzy, de Billod, de Benvenisti, un historique précieux, une discussion approfondie des liaisons de la pellagre avec le maïs et le verdet, et une opinion fermement arrêtée sur la cause toxique qui préside au développement de la pellagre endémique; en un mot, son livre est une encyclopédie de la pellagre, qui répond d'une manière satisfaisante aux exigences du programme de l'Académie.

En conséquence, la Commission a l'honneur de proposer à l'Académie de décerner le prix (*cinq mille francs*) à M. Roussel (Théophile) et d'accorder un accessit de *deux mille francs* à M. Costallat (Arnaud).

Par décret en date du 22 février, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Damour, médecin-major de deuxième classe, et Lévy, médecin aide-major de première classe.

Un concours pour trois places de médecin au Bureau central des hôpitaux a commencé le 13 mars.

Les juges sont: MM. Boucher de la Ville-Jossy, Hervez de Chégoin, Oulmont, Potain, Vidal, Foucher, Guyon. — Juges suppléants : MM. Natalis Guillot, Dolbeau.

Les candidats inscrits sont : MM. Ball, Barnier, Baudot, Blachez, Blondet, Brongniard, Bricheteau, Cadet de Gassicourt, Chalvet, Colombel, Dally, Danjoy, Descroizilles, Douillard, Dubrisay, Dujardin-Beaumetz, Dumontpallier, Ferrand, Féréol, Frémineau, Fritz, Genouville, Gérin-Roze, Géry, Gibert, Gombault, Isambert, Labbé, Lancereaux, Ladreit de la Charrière, Lecorché, Leven, Magnac, Martineau, Mengault, Menjaud, Molland, Paul, Peter, Pierreson, Proust, Raynaud, Siredey, Topinard, Wieland, Worms.

La science vient de perdre M. le docteur Betschler, qui, pendant trente-six ans, s'était placé à la tête des études obstétricales et gynécologiques de l'Université de Breslau.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Traitement de l'albuminurie.

Par M. Adolphe GUBLER, médecin de l'hôpital Beaujon.

L'influence des doctrines sur la pratique médicale ne se fait nulle part mieux sentir qu'à l'occasion de l'albuminurie.

Si, comme on l'a cru généralement jusque dans ces dernières années, la maladie de Bright n'est qu'une néphrite, pourquoi s'occuper de l'état général ? La méthode antiphlogistique suffit. Si, comme le veulent quelques personnes, le rein, filtre inerte, ne prend aucune part active à la maladie, qui est essentiellement et uniquement une dyscrasie, que sert de lui adresser des moyens spéciaux de traitement ? L'action générale fera tout. Enfin, si l'albuminurie n'exprime qu'une hypercrinie et se solde par une perte d'albumine, dont la disette se fait sentir partout, vite, administrez aux malades du blanc d'œuf. Au contraire, si vous croyez que l'albuminurie est une fonction anomale du rein chargé d'éliminer le superflu des matières protéiques, alors supprimez autant que possible les aliments albumineux, en même temps que vous agirez sur les conditions d'où dépend l'excès absolu ou relatif d'albumine dans l'économie. Enfin, en admettant l'intervention de plusieurs de ces circonstances pathogéniques, il faut instituer un traitement mixte, éclectique, répondant tour à tour ou simultanément aux diverses indications. C'est précisément à cette thérapeutique rationnelle que conduit la doctrine pathogénique à laquelle je me suis arrêté depuis longtemps.

Dans mon opinion, l'albuminurie ou *leucomurie* est rarement la conséquence d'une simple irritation inflammatoire du rein. Presque toujours, notamment dans la maladie de Bright, elle exprime une dyscrasie caractérisée par l'excès absolu ou relatif d'albumine dans le sang (*superalbuminose* ou *hyperleucomatie* sanguine), et constitue à nos yeux un véritable *diabète leucomurique*. Mais la filtration de la matière protéique exige toujours un état congestif de la glande uropoïétique, voisin de la phlogose, et conséquemment il y a lieu de tenir compte de la néphrite albumineuse (endonéphrite, Bouillaud), à laquelle M. Rayer rattache les symptômes de la maladie.

Le traitement de l'albuminurie, analogue à celui du diabète sucré tracé par MM. Bouchardat et Sandras, Mialhe, etc., ne comporte

rien de spécifique. Le médecin, prenant pour guide la physiologie, ne doit faire usage que des moyens rationnels qui s'adressent à une modification déterminée d'un organe ou d'une fonction de l'économie.

Ces moyens varient, d'ailleurs, selon les circonstances du mal. Les principales indications se tirent du caractère transitoire ou permanent de l'albuminurie, de sa période aiguë ou chronique, de l'état des reins, de l'espèce de diathèse qui l'a engendrée, des conditions individuelles et des complications.

L'albuminurie est-elle symptomatique d'une maladie aiguë fébrile, telle que la fièvre typhoïde, elle demeure comme non avenue pour le praticien, car il serait puéril et illusoire de s'y attaquer. Est-elle protopathique, au contraire, ou bien, étant deutéropathique, menace-t-elle de survivre à la maladie principale, elle devient alors l'objet des préoccupations du thérapeutiste qui cherche à la combattre à la fois dans ses causes éloignées et prochaines, et dans ses conditions instrumentales. Mais c'est d'abord à ces dernières, comme à celles sur lesquelles il a plus de prise, que le médecin devra le plus ordinairement s'attacher.

Il agira donc immédiatement sur le rein pour le ramener, autant que possible, à une modalité normale, anatomique et fonctionnelle. Deux cas se présentent, suivant que l'organe sécréteur est simplement hypérémié et plus actif dans sa fonction d'ailleurs altérée, ou bien qu'il est vraiment enflammé, avec une modalité fonctionnelle plus pervertie encore. Dans le cas d'endonéphrite albumineuse primitive ou secondaire, le traitement antiphlogistique qui a réussi entre les mains de MM. Rayer, Bouillaud, etc., peut rendre encore des services incontestables.

S'il est rarement nécessaire, au point de vue de la seule phlegmasie rénale, d'ouvrir la veine, du moins une émission sanguine sur les lombes, à l'aide de sangsues et mieux par des ventouses scarifiées, sera un moyen de déplétion et de dérivation utile, qu'on pourrait à la rigueur répéter et que compléterait l'application consécutive de cataplasmes sur la même région.

Lorsque, par des émissions sanguines et des topiques émollients, les choses ont été ramenées au degré d'irritation pour ainsi dire normal, alors on agit par les moyens indiqués dès le début dans les formes moins inflammatoires et moins violentes.

Or, à ne tenir compte que de la condition anatomique locale, les moyens habituels de calmer la congestion active ou la phlogose d'un organe profond sont empruntés à la méthode antiphlogistique directe et à la révulsion.

La révulsion, lorsqu'il s'agit du rein, ne saurait porter nulle part plus efficacement que sur le tube digestif. L'expérience démontre en effet, tous les jours, l'heureuse influence des purgations contre l'albuminurie. Mais à quels purgatifs faut-il s'adresser de préférence?

Ce sont les purgatifs salins qui sont le plus employés, et qui donnent manifestement les meilleurs résultats. Les drastiques (huile de croton, gomme-gutte, jalap, aloès) sont moins favorables. Serait-ce, comme le pensent quelques personnes, parce que ces dernières substances enlèvent relativement huit ou dix fois plus de sels du sérum que d'albumine? Je ne le crois pas. C'est plutôt, à mon avis, parce que les drastiques répétés provoquent à la longue une irritation plus ou moins vive du tube digestif, pouvant aller jusqu'à l'entéro-colite, et déterminent, en définitive, une complication à la place d'une révulsion qu'on prétendait obtenir. Les sels neutres n'ont pas cet inconvénient; en outre, ils attirent plus d'eau, et préviennent plus sûrement les effets de cette pléthore hydrémique si favorable aux épanchements diffus dans les séreuses et les mailles du tissu cellulaire. Voilà surtout ce qui doit les faire préférer; car s'ils entraînent moins de sels du sérum, si même ils lui en donnent, ils le spolient moins de son albumine exubérante, et ces deux effets, dont l'influence médicatrice est inverse, se compensent réciproquement.

Cependant, chez quelques sujets, la susceptibilité des entrailles, naturelle ou acquise par des maladies antérieures, contre-indique l'emploi des purgatifs et doit faire diriger vers le tégument externe les moyens révulsifs reconnus nécessaires. C'est le plus près possible de la région occupée par les reins qu'il faut les appliquer, pour obtenir soit la rubéfaction et la vésication, soit principalement la douleur et l'ustion ou l'escharification, avec ses conséquences.

La moutarde est le meilleur et le plus commode de tous les rubéfiants. Avec des sinapismes bien maniés, on obtient en majeure partie les effets thérapeutiques des vésicatoires, sans les inconvénients de ceux-ci; toutefois, on peut recourir également aux divers agents d'irritation recommandés dans d'autres occasions. Mais si l'on croit ne pouvoir se dispenser d'une action plus puissante et plus durable, si l'on veut obtenir la vésication, par exemple, il faut éviter les cantharides et les préparations dont elles font la base, de peur d'accroître l'inflammation rénale de tout ce qu'y ajouterait le cantharidisme, surtout après la vésication de surfaces scarifiées.

En pareille occurrence, on s'adressera à la pommade de Gondret bien préparée, ou à l'ammoniaque imbibée dans une rondelle

d'ouate, et appliquée avec les précautions connues. Des ventouses sèches, maintenues plus ou moins en place avec un vide plus ou moins parfait, donneraient à volonté une rubéfaction ou des ecchymoses, et même des ampoules; elles tiendraient, par conséquent, lieu de vésicatoire. Nous n'avons rien de particulier à dire sur les cautères et les moxas, si ce n'est que ces rudes moyens, dont on abusait tant jadis, trouvent rarement leur indication.

Pour agir directement ou plutôt immédiatement sur les organes uropoiétiques, nous sommes obligés de recourir à l'intermédiaire de la circulation. Remarquons que le but à atteindre, c'est de diminuer l'hypérémie de la substance rénale. A la vérité, la galvanisation du système ganglionnaire détermine, comme l'a prouvé M. Cl. Bernard, la rétraction des capillaires, la diminution de la calorification et la suspension des sécrétions; mais nous ne connaissons aucun agent médicamenteux pouvant exercer cette influence sur le rein par l'intermédiaire de ses nerfs vaso-moteurs. Cependant il semble que les substances dites tempérantes produiraient jusqu'à un certain point cet effet, du moins expliquerais-je ainsi l'efficacité des boissons acidules pour éteindre la soif, apaiser la fièvre et calmer de légères inflammations tégumentaires diffuses ou circonscrites. D'autres substances, telles que les astringents, exerçant une action plus énergique sur la tonicité des parois vasculaires, ne produisent pas, il est vrai, d'aussi bons résultats généraux.

Toutes les boissons acidules ne sont pas également tempérantes. Les acides libres conviennent mieux que les sels acides, et les acides minéraux que ceux qui sont tirés des règnes organiques, parce que les acides organiques brûlent d'autant mieux qu'ils apportent leur alcali, et parce que l'action en est fugace, comme l'existence même. Les succès de l'alcool nitrique (Rayer), ceux de l'acide nitrique (Forget), ne me paraissent pas dus à autre chose qu'à l'action tempérante ou même astringente de ces composés.

Les astringents, qui s'éliminent en partie par les reins, exercent au passage une action favorable sur la substance sécrétante. On a conseillé le tannin et l'alun (Garnier, Gamberini, Schottin), je les ai bien des fois prescrits; mais je préfère au tannin l'acide gallique, qui est plus stable et dans lequel il se transforme en parcourant le torrent circulatoire. Les doses de 0,50 centigrammes à 1 ou 2 grammes dans les vingt-quatre heures sont celles que j'administre ordinairement pendant cinq ou six jours consécutifs. Le perchlorure de fer a été substitué avec avantage aux autres astrin-

gents (Bourguignon). MM. Jacquet, Chatin, de Lyon, ainsi que leur élève, M. le docteur Hugues, ont eu à se louer de l'emploi de l'ergot associé au perchlorure ferrique. L'arsenic paraît aussi avoir donné de bons résultats (Farre, Imbert-Gourbeyre), en raison sans doute de son action décongestionnante, analogue à celle des substances précédentes, et aussi de ses effets sur la digestion, la nutrition et les fonctions plastiques.

La diminution de la diurèse accompagne les néphrites franches et se montre souvent dans l'albuminurie de forme aiguë ; d'où la pensée de recourir aux médicaments réputés diurétiques. Cependant les diurétiques proprement dits, nous ne craignons pas de le déclarer, sont nuisibles dans l'albuminurie aiguë et doivent être bannis de la thérapeutique de cette affection. Signalons en première ligne le nitrate de potasse, l'urée et le nitrate d'urée recommandés par le professeur Mauthner, qui pourtant évite les diurétiques chez les enfants ; puis les boissons gazeuses : bière, cidre, champagne, le vin blanc et les préparations dont il est le véhicule. Toutes ces substances, excitants plus ou moins physiologiques des reins, ne serviraient, en activant le travail fonctionnel, qu'à augmenter l'état hypérémique do ces organes. On pourrait, dans les mêmes circonstances, se servir plus avantageusement de la digitale (Naumann), ou du bromure de potassium (Gubler), agissant d'abord comme sédatifs de la circulation. Quant à l'infusion de fleurs de genêt (*sarothamnus scoparius*), employée par M. Salone, ou de *lonicera* (et non conicera), *brachypoda*, conseillée par Naumann, je ne possède pas de données personnelles pour les juger, non plus que l'action du trichlorure de méthyle. Mais l'intervention de cet ordre de moyens est rendue superflue par le fait de l'action diurétique remarquable que possèdent, en pareil cas, les toniques astringents employés déjà à titre d'antiphlogistiques. Chez les albuminuriques, l'acide gallique augmente la sécrétion urinaire aussi bien que le ferait un diurétique proprement dit, dans le cas d'asthénie rénale. Nous en pourrions dire autant des différentes espèces de tannin et des substances médicinales qui lui doivent leur vertu. En sorte que, par l'administration des astringents, on répond à la fois à la médication antiphlogistique et à la médication diurétique.

En même temps que l'action thérapeutique se porte sur le rein, on s'efforce de ramener à des conditions plus normales les proportions des principes albuminoïdes du sang, maintenus en excès relativement aux globules et surtout relativement aux besoins de l'économie. Pour réduire le chiffre de l'albumine, le moyen le plus

sûr et le plus direct consiste à diminuer l'apport de cette substance par les aliments. En conséquence, on proscrira du régime les œufs et tous les mets qui en renferment : les crèmes, la brioche, les échaudés, les biscuits, etc. Ces précautions prises, on instituera une thérapeutique appropriée aux différentes conditions locales ou générales qui peuvent être considérées, dans chaque cas particulier, comme la cause du défaut de transformation ou d'emploi des matières albuminoïdes.

Si c'est l'estomac qui élabore mal les matériaux de la digestion, on emploiera les moyens usités contre les diverses sortes de dyspepsie : la noix vomique, les alcalins, l'arsenic, la pepsine, etc. Si le foie cesse de retenir, pour les transformer, les substances albuminoïdes qui le traversent venant du tube digestif, deux choses sont à faire : premièrement, réduire la proportion des éléments protéiques, et de plus, fractionner l'alimentation en quatre ou cinq repas peu copieux ; secondement, exciter la fonction hépatique, soit directement par de petites doses de calomel et par les alcalins, soit indirectement par la stimulation d'organes ou d'appareils en rapports synergiques avec le foie. On sait, en effet, que l'irritation des voies respiratoires provoque un flux biliaire, indice d'une action fonctionnelle accrue dans la glande hépatique.

Si c'est la respiration qui est défectueuse, il faut voir en quoi elle pèche pour en régulariser ou en stimuler les actes. On prescrira l'exercice afin d'accroître le nombre et l'ampleur des mouvements respiratoires ; l'habitation à la campagne dans un air pur et renouvelé ; soit sous une pression barométrique forte, au voisinage de la mer, dans une atmosphère imprégnée d'émanations marines et constamment agitée par une brise tempérée ; soit dans l'air plus subtil et plus pénétrant des montagnes, au milieu d'une végétation qui restitue incessamment de l'oxygène allotropique.

On conseillera les soins de propreté les plus minutieux et même les pratiques balnéatoires variées, en usage chez les anciens, et auxquelles les nations modernes tendent à revenir de plus en plus : telles que les bains excitants, salins, aromatiques, sinapisés, les frictions, le massage. Car la peau est une annexe de l'appareil respiratoire, et les muscles sont des foyers d'*hématocausie*, c'est-à-dire de combustion sanguine.

Le médecin administrera les sels neutres du sang, notamment le chlorure de sodium, soit comme équivalent de diffusion de l'albumine (Schmidt), afin de diminuer la proportion de ce dernier principe dans le sang, ainsi que l'espère J. Vogel et que tend à le

confirmer une expérience de Plouviez ; soit pour favoriser l'hématose. Il rendra la combustion plus forte encore, en introduisant dans la circulation, conformément à la loi découverte par M. Chevreul, un excès plus ou moins considérable de carbonate de soude. Il prescrira dans le même but les eaux salines de Balaruc, Hombourg, Kreutznach, Nauheim, Niederbronn, Salies et Salins, à doses fractionnées; ou bien, plus largement, les eaux alcalino-salines de Carlsbad, Ems, Royat, Soulzmatt et Vichy. Au besoin il fera pratiquer, suivant le conseil de Mauthner et avec l'appareil mis en usage par MM. Demarquay et Leconte, des inhalations d'oxygène et même d'oxygène ozonisé.

Enfin, quand ce sont l'assimilation et la nutrition qui languissent, quand nous nous trouvons en face d'une altération de ces facultés, dites vitales, parce qu'elles appartiennent exclusivement à la matière organisée vivante et sont placées en dehors de la sphère d'action de nos moyens physico-chimiques; même alors nous ne sommes pas entièrement désarmés. On arrive à rendre la nutrition plus active, non pas directement à l'aide d'agents qui seraient trophiques ou plastiques, mais par une voie détournée, en excitant l'organisation à la dépense, en même temps qu'on lui présente les matériaux réparateurs. En d'autres termes, on accélère le cycle fonctionnel en imprimant une vitesse plus grande au tourbillon des molécules organiques. Ce but peut être atteint par l'usage répété des légères purgations, par la sudation, surtout par l'exercice musculaire, dans des conditions hygiéniques favorables.

Beaucoup de ces moyens thérapeutiques, on le voit, répondent en même temps à plusieurs indications différentes, et la médication de l'albuminurie n'est pas aussi surchargée que le ferait croire la multiplicité des troubles morbides et des exigences qu'ils supposent. Ainsi, les agents de stimulation du foie activent aussi les mouvements de dénutrition et de composition; les purgatifs salins, qui ont manifestement ce dernier effet, contribuent encore à l'approvisionnement du sérum en sels neutres. Les moyens pharmaceutiques ou hygiéniques capables de favoriser la combustion respiratoire sont également les meilleurs pour *entraîner* le corps dans les voies d'une nutrition plus parfaite.

De cette manière, la tâche du malade, plus encore que celle du médecin, se trouve singulièrement allégée. Cette heureuse simplification reparaît encore lorsqu'on s'occupe des conditions diathésiques qui président au développement de l'albuminurie chronique, principalement dans sa forme connue sous le nom de Bright. Pres-

que toutes possèdent un fonds commun d'asthénie qui conduit tôt ou tard, à travers des troubles fonctionnels et des lésions organiques variées, à l'appauvrissement de la constitution désigné sous le nom d'état cachectique. A la plupart des cas par conséquent, abstraction faite de la spécificité, conviennent les toniques et les corroborants, dont l'emploi se trouve justifié à d'autres égards. A cette indication se rapporte le traitement par les vins de Bordeaux et de Bagnols préconisé par M. Nonat et son disciple M. de Choudens, ainsi que l'emploi des préparations martiales entre les mains de Catchart Lees.

Que l'albuminurie accompagne la scrofule ou la tuberculose, qu'elle soit un symptôme de goutte ou de syphilis, les données thérapeutiques exposées ci-dessus lui sont applicables; seulement il faut y joindre la prescription d'un traitement spécial ou spécifique, préalable ou simultané, selon le cas et l'urgence. On administrera donc aux scrofuleux et aux tuberculeux l'huile de foie de morue, l'iode et les iodures, corrigés au besoin, si l'on craint des phénomènes d'excitation, par le bromure de potassium. Aux sujets entachés de syphilis, on fera prendre des préparations hydrargyriques ou iodurées, ou les unes et les autres à la fois, associées ou non au bromure alcalin. Enfin, chez les goutteux, on insistera sur les alcalins, et l'on donnera, si l'on veut, le carbonate de lithine, concurremment avec le régime qui convient au diabète leucomurique.

Après avoir tracé l'ensemble des moyens propres à guérir l'albuminurie ou du moins à améliorer l'état des albuminuriques avec les modifications que la médication doit subir selon la forme du mal, ses périodes, ses causes prochaines ou éloignées, il nous reste à tenir compte de diverses conditions plus spécialement inhérentes aux malades et de certaines complications ou symptômes prédominants. L'âge, le sexe, le tempérament du sujet, ses antécédents morbides et ses prédispositions, exercent nécessairement une influence sur la marche de l'affection et sur ses formes, ainsi que sur les effets des médicaments. La thérapeutique doit s'adapter à ces conditions diverses. Il est difficile de tracer à cet égard une ligne de conduite invariable, et chaque praticien, s'inspirant de ses connaissances théoriques et de son expérience personnelle, trouvera aisément dans quel sens il faut, selon le cas particulier, faire fléchir la règle générale.

Nous nous étendrons davantage sur les indications tirées des symptômes prédominants et des complications.

L'hydropisie (anasarque, ascite, etc.) est l'un des symptômes du

diabète leucomurique qui méritent le plus de fixer l'attention. Quand elle se prononce davantage, le médecin insiste un peu plus sur les purgations douces et réitérées. Il obtient aussi les meilleurs résultats de l'emploi des bains de vapeur, comme moyen de sudation abondante. C'est également dans ces cas que les diurétiques ont été conseillés avec le plus d'insistance et en apparence avec le plus de raison. Mais on a rarement retiré de leur administration les bons effets qu'on en attendait, soit parce que l'action physiologique faisait simplement défaut, soit parce que l'excitation accrue dans le rein ramenait une sorte d'état aigu. Les meilleurs diurétiques, je le répète, sont en pareil cas les astringents. Quant aux bains de vapeur, ils ne conviennent guère aux sujets hydrémiques en même temps qu'hydropiques et qui, bourrés de toutes parts, ont une circulation difficile. Il faut surtout se garder d'y recourir quand les épanchements séreux se forment rapidement dans le cours d'une leucomurie aiguë. La turgescence vasculaire provoquée par la chaleur de l'étuve aurait alors pour effet d'exaspérer le travail phlegmasique des reins et de fluxionner les viscères en général, notamment les poumons et le cerveau.

Il est superflu de faire ressortir les graves dangers qui pourraient résulter de ces dernières lésions, et chacun comprendra l'intérêt qui s'attache à tous les moyens de les éviter ou de les prévenir.

Lorsque l'anasarque, après avoir envahi toute la longueur des membres abdominaux et le tronc, distend énormément la peau, celle-ci livre quelquefois passage à la sérosité par d'imperceptibles éraillures. Il en résulte un soulagement notable; ce qui a conduit les médecins à imiter la nature, en ouvrant des issues plus ou moins nombreuses au liquide accumulé dans le tissu cellulaire. Pour amener un dégorgement plus rapide, ils étaient même dans l'habitude de pratiquer des scarifications avec la lancette ou la pointe du bistouri. Ce procédé est mauvais; chaque solution de continuité devient le centre d'un travail de mortification du tégument, et la gangrène, étendue quelquefois à une grande partie du scrotum et des membres, peut accélérer la terminaison fatale. M. Rayer a tracé le sage précepte de faire dans les régions infiltrées de simples piqûres d'aiguille très-espacées. J'ajouterai la recommandation d'épargner les surfaces déjà érythémateuses ou atteintes d'excoriations du derme.

L'œdème pulmonaire se produit dans le cours de la maladie de Bright par le même mécanisme que l'anasarque; mais quand il est généralisé et intense, les dangers en sont bien autrement sérieux; il

importe donc d'y mettre obstacle. Rien n'est plus difficile à réaliser dans certains cas. Toutefois, sans parler des évacuations alvines et de la sudation, les émissions sanguines produisent quelquefois dans l'albuminurie aiguë un soulagement instantané. J'ai vu une femme albuminurique, en proie à une véritable orthopnée, par le fait d'un œdème pulmonaire généralisé, et que deux saignées pratiquées à vingt-quatre heures de distance sauvèrent d'une suffocation imminente. Les déplétions sanguines donnent également d'excellents résultats dans la médecine infantile, lorsque les jeunes sujets sont pris d'infiltrations aiguës de cause albuminurique.

A part les médications proprement dites, l'hygiène fournit de précieuses ressources dans le traitement des albuminuries chroniques. L'alimentation se composera de viandes faites, noires et blanches, de légumes, de fruits, à l'exclusion de toute substance albumineuse. Le malade boira du vin de Bordeaux aux repas. Il fera de l'exercice musculaire dans la mesure de ses forces et, autant que possible, en plein air. On lui recommandera l'habitation à la campagne, en plein midi, dans un lieu sec et, si faire se peut, dans une contrée méridionale, par exemple sur les rivages de la Méditerranée.

Telles sont les données essentielles de la thérapeutique générale de l'albuminurie.

Sans doute les conseils qui précèdent s'appliquent de préférence aux cas de diabète leucomurique (maladie de Bright); cependant ils peuvent convenir quelquefois aussi aux albuminuries temporaires qui viennent s'adjoindre aux symptômes des maladies aiguës ou en traverser la convalescence. Par exemple, si la chantharidine absorbée à la surface d'un vésicatoire détermine, lors de son élimination, une inflammation trop violente des reins, le traitement antiphlogistique trouve alors son indication tout aussi bien que dans la néphrite albumineuse aiguë, par laquelle débutent certaines maladies de Bright. Et si, les premiers accidents passés, l'hypérémie et l'hypercrinie rénales persistent à un certain degré, sans constituer une véritable phlegmasie, les astringents trouveront leur emploi exactement comme dans la période correspondante d'une leucomurie spontanée. Pour ne durer en général que le temps de la gestation, l'albuminurie gravidique n'en cause pas moins des désordres fonctionnels et anatomiques qui réclament impérieusement l'intervention de l'art. Voilà pourquoi nous avons cru devoir consacrer un article au traitement de l'albuminurie en général, sans entrer pourtant dans des détails minutieux qui seraient mieux

placés à la suite de la description de chaque espèce d'albuminurie, particulièrement de celle que j'assimile au diabète sucré et qui se trouve désignée partout sous le nom de *maladie de Bright*.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Fistules urinaires. — Remarques pratiques sur ce sujet [1].

Par M. Civiale.

II. *Fistules urinaires sous-pubiennes.* — Au point de vue pratique, les fistules urinaires sous-pubiennes se divisent en plusieurs catégories ; elles méritent d'autant plus d'attention, qu'on a propagé à ce sujet des opinions erronées et des procédés que l'expérience n'a pas consacrés.

Il faut considérer dans toute fistule urinaire les deux orifices, le trajet, les causes qui la produisent, les désordres consécutifs et les procédés curatifs.

1° *Fistules urinaires à la suite de la taille.* — Les fistules urinaires consécutives ne sont pas rares après l'opération de la taille. J'ai eu depuis peu, dans mon service, trois malades affectés de fistules urinaires survenues après la cystotomie : c'est un des accidents consécutifs les plus graves de cette opération.

Je laisse de côté les fistules qui sont la suite de la taille recto-vésicale ; il serait superflu d'examiner les conséquences d'un procédé qui est à peu près abandonné.

Les autres procédés de taille périnéale peuvent donner lieu aussi à des fistules. On s'accorde même à reconnaître qu'elles sont fréquentes, et si l'on en parle peu, cela tient à la déplorable habitude qu'on a, de nos jours, de publier les observations avant la fin du traitement. Je répète donc que les fistules urinaires après la cystotomie ne sont pas rares. A l'exemple de Deschamps, je les attribue surtout aux contusions, aux meurtrissures, aux déchirements causés par l'extraction de la pierre.

Pour quelques individus, une fistule périnéale est une infirmité tolérable, qui les oblige seulement à des soins de propreté. Un des malades qui étaient naguère dans mon service, se trouvait dans ce cas ; son infirmité remonte à plus de douze années. On cite des malades qui ont vécu soixante ans avec leur fistule ; mais, il faut le

[1] Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 204.

reconnaître, ces cas sont exceptionnels. Le plus souvent la sortie, même accidentelle ou temporaire de l'urine par la voie anormale, produit des phlegmasies, des abcès et autres désordres : les tissus du périnée, du scrotum, de la face interne des cuisses, sont envahis. Il se forme de nouveaux calculs, et surtout des dépôts pierreux, qui obstruent les trajets fistuleux, et, dans le voisinage de ces trajets, se forment des tumeurs considérables, dont Blasius, Crosse, Morand, Petit, Covillard, citent des exemples très-curieux. Ces cas ne sont pas rares dans la pratique.

M. Deguise communiquait, en 1852, à la Société de chirurgie, le cas d'un homme de soixante-quatorze ans qui avait été taillé cinquante ans auparavant, et qui conservait une fistule au côté gauche du périnée. Il se forma une tumeur dure, bosselée, grosse comme un œuf de poule, contenant des calculs recouverts d'une masse de tissus indurés, et qu'on eut beaucoup de peine à diviser. L'un des calculs était hérissé de pointes qui l'attachaient au kyste, et articulé en quelque sorte avec un autre calcul qui se trouvait en partie dans l'urèthre, où il fut impossible de le saisir : on le refoula dans la vessie.

Je n'ai pas besoin de reproduire ici le triste tableau de ces accidents [1], à propos desquels le célèbre Scarpa a dit que les fistules consécutives à la taille sont plus graves que la taille elle-même, à cause de l'impuissance de l'art.

De tout temps, les chirurgiens se sont appliqués à combattre ces accidents. On a cru, pendant bien des années, qu'il suffisait de placer une grosse sonde dans l'urèthre pour guérir les fistules ; mais c'est en vain qu'on a varié la forme et le volume de ces sondes, on a inutilement épuisé les ressources tirées de la mécanique. Ces tentatives, auxquelles se rattachent les noms de Tolet, de Desault, de Deschamps, de Moreau, et reproduites de nos jours, n'ont pas eu de succès ; on n'a pas mieux réussi, en conseillant au malade d'introduire la sonde toutes les fois qu'il veut uriner.

On a essayé beaucoup d'autres moyens, entre autres les procédés divers de la cautérisation. Un chirurgien habile, qui me remplaçait il y a peu de temps dans mon service, tailla un jeune homme dans des conditions favorables : l'extraction de la pierre fut laborieuse ; il en résulta une fistule, contre laquelle on employa sans succès tous les moyens connus. On réussit néanmoins, dans quel-

[1] Voir *Traité de l'affect. calcul.*, p. 357.

ques cas, à force de persévérance. On a vu des malades guérir spontanément, lorsque tout traitement était supprimé.

C'est une croyance généralement reçue, qu'une fistule consécutive à une opération de taille doit guérir par une autre opération semblable, lorsque le calcul s'est reproduit. On a vu que ce procédé avait été proposé dans le cas de M. Padilla; mais j'ai constaté maintes fois qu'il ne réussit guère. Je ne rappellerai que le cas du malade d'Oudet, rapporté plus haut. Ce calculeux fut, en premier lieu, traité par la lithotritie : la pierre s'étant reproduite au bout d'une année, on réussit à persuader au malade que la lithotritie ne l'avait pas entièrement débarrassé, et qu'il fallait en conséquence recourir à la taille. Il fut opéré par la cystotomie sus-pubienne, et la pierre fut extraite ; mais la plaie ne se cicatrisa point, comme on s'y attendait. Huit mois après, nouvelles douleurs : une autre pierre s'était formée. On eut encore recours au même procédé de cystotomie, et la pierre fut extraite ; mais au lieu d'une seule fistule qui existait après la première opération, il y en avait cinq : les quatre dernières se sont fermées, mais la première a persisté jusqu'à la mort.

Deschamps rapporte un cas analogue [1] ; il s'agissait d'une taille périnéale. Une année après l'opération, l'orifice de la fistule était assez large pour admettre l'extrémité du doigt. Ces faits, et d'autres semblables, doivent guider le praticien dans le traitement des grandes fistules.

Dans deux cas de fistules anciennes, j'ai cherché à raviver complétement les bords de l'ouverture, et à les rapprocher ensuite par des points de suture. Cette opération, très-simple et très-facile surtout à cause de la position de la fistule, n'a pas réussi ; d'autres chirurgiens ont également échoué dans des cas analogues.

Lorsque la fistule est ancienne et qu'elle ne compromet point la santé générale du malade, il faut s'abstenir. On peut craindre de l'agrandir ; il vaut mieux n'y pas toucher.

2° *Fistules périnéales, résultant d'abcès provoqués par des calculs arrêtés à la partie profonde de l'urèthre.*

On voit souvent des calculs, séjournant dans la partie profonde de l'urètre, grossir et former, en se développant dans l'épaisseur du périnée, des tumeurs qui s'enflamment, s'abcèdent.

Par l'ouverture qui en résulte, la pierre sort ou est retirée aisément : quelquefois cette ouverture persiste et constitue une fistule.

---

(1) Tome I, p. 420.

J'ai rapporté plusieurs faits de ce genre dans quelques-uns de mes écrits[1].

3° *Fistules urinaires à la suite des plaies, des contusions et des violences sur l'urèthre.*

On connaît les graves désordres que produisent les violences de toute sorte sur l'urèthre. Les principaux sont des fistules, le plus souvent rebelles, tant chez la femme que chez l'homme, notamment des fistules urétro ou vésico-vaginales à la suite d'accouchements laborieux.

Elles forment une catégorie à part, dont je n'ai pas à m'occuper[2].

4° *Fistules urinaires, suite de désordres par les coarctations uréthrales.*

Ce sont les plus nombreuses et les plus variées, et celles qui ont le plus attiré l'attention. Chaque jour l'occasion se présente d'en observer les principales variétés : on conçoit facilement comment elles se produisent. Un obstacle existe dans l'urèthre, qui gêne ou empêche la sortie de l'urine : la partie du canal située en arrière, distendue, irritée par les efforts expulsifs de la vessie, et quelquefois par le séjour d'une petite quantité d'urine, devient le siége d'une phlegmasie, sous l'influence de laquelle l'urine filtre. Bientôt se forment, dans les parties environnantes des tumeurs, des abcès urineux qui s'ouvrent ou qu'on ouvre ; alors l'urine, dont le passage par le canal est plus ou moins gêné, sort par cette voie, et la fistule est établie.

Quelquefois, il n'y a pas de rétrécissement, l'urine sort librement par le canal, et cependant il se forme au périnée des tumeurs urineuses qui deviennent des abcès ; mais, en général, il ne s'écoule point d'urine par l'ouverture. Il n'y a point de communication entre le canal et l'abcès ; aussi la plaie se ferme-t-elle en peu de temps.

Dans certains cas de rétention d'urine, l'urèthre se rompt spontanément, et l'urine pénètre dans les tissus. La grangène survient ; il y a perte de substance, d'où résultent des fistules larges et très-difficiles à guérir.

Maintenant, il faut ajouter que les chirurgiens ont aussi une grande part dans la production des fistules urinaires du périnée. C'est, en effet, pendant le traitement des rétrécissements uréthraux

(1) Troisième lettre, *Traité de l'affect. calcul.*, p. 344.
(2) *Traité pratique* (3e édit.), t. II, p. 455.

que se forment un grand nombre de tumeurs et d'abcès urineux, dont plusieurs sont suivis de fistules. La manière de traiter les rétrécissements uréthraux doit entrer en ligne de compte dans l'étiologie des fistules urinaires.

Si, au lieu de la prudente lenteur que j'ai tant de fois recommandée dans l'emploi de la dilatation, et des précautions minutieuses avec lesquelles il faut procéder à l'introduction des sondes et des bougies, on procède avec brusquerie et violence, forçant les obstacles sans ménagement, on ne tarde pas à voir apparaître, le long du trajet de l'urèthre ou aux parties adjacentes, des tumeurs qui s'abcèdent et donnent lieu à des fistules. — Notons que ces effets ne s'observent qu'au début du traitement, alors qu'on se sert de bougies ou de sondes fines, souples, molles, dont le contact est inoffensif, et ne saurait, par conséquent, produire des érosions à la surface du canal. On n'observe rien de tout cela vers la fin du traitement, alors qu'on emploie de grosses bougies rigides qui fatiguent et distendent le canal, ou qu'on pratique l'uréthrotomie.

Traitement. — Si la fistule survient à la suite du traitement que le chirurgien a dirigé, le diagnostic est sûr et facile ; le traitement réussit d'autant mieux, que l'abcès a été ouvert avant le dernier degré de l'inflammation. Les abcès urineux seront ouverts dès qu'on percevra la fluctuation. Il peut être convenable d'ouvrir la tumeur sans attendre ce signe, et l'on prévient ainsi la formation du pus.

Le cas est tout différent, lorsque le chirurgien est consulté pour des fistules déjà anciennes, accompagnées de lésions plus ou moins profondes des tissus voisins de l'urèthre, et dont le trajet est solidement organisé. Avant tout, et c'est là un point essentiel, on s'assurera de l'état de l'urèthre à l'orifice de la fistule, et surtout un peu en avant. L'urine passe le plus souvent par la fistule, parce que la voie naturelle n'a point repris sa souplesse normale et sa dilatabilité. J'ai guéri bien des fistules réputées incurables, et contre lesquelles on avait épuisé les ressources de l'art. Le fait suivant, entre autres, est digne d'attention : En novembre 1864, un gentilhomme étranger, jeune encore et d'une santé florissante, me consulta pour une infirmité qui faisait, disait-il, le malheur de sa vie. Il avait consulté, pour une fistule urinaire, un grand nombre de praticiens distingués de l'Allemagne et de la Belgique. Tous les moyens furent essayés ; on insista particulièrement sur les cautérisations, et même un long crayon de nitrate d'argent fut fixé dans le trajet fistuleux.

La fistule me parut simple, du moins extérieurement, et, dans

son trajet, une grosse bougie d'étain introduite dans l'urèthre fut arrêtée en avant de la fistule, où je constatai résistance et dureté. Ce passage difficile une fois franchi, elle pénétra sans difficulté dans la vessie : le col ne présentait rien de particulier.

Une seconde exploration, pratiquée quelques jours après, confirma les résultats de la première. Il y avait évidemment un reste de rétrécissement, un point induré gênant le passage de l'urine. Au moyen d'un uréthrotome, je divisai profondément cette partie de haut en bas et d'arrière en avant, et je commençai l'incision un peu en arrière, afin de comprendre l'orifice interne de la fistule.

Une semaine après, autre incision plus profonde. Le gros cathéter d'étain pénétra désormais sans le moindre effort. A partir de ce moment, l'urine cessa de passer par la fistule, qui se ferma d'elle-même. Pour consolider la guérison, je m'attachai ensuite, un mois durant, à faire cicatriser séparément les lèvres de la plaie, et à rétablir la souplesse et la dilatabilité des tissus indurés que j'avais divisés.

Dans tous les cas d'uréthrotomie interne, lorsque des tissus indurés ont été divisés profondément, il faut insister sur le traitement consécutif tel que je l'ai exposé dans le premier volume de mon *Traité pratique*.

J'emploie de préférence une bougie métallique, assez grosse pour remplir l'urèthre, sans le distendre douloureusement. Je l'introduis jusqu'au col de la vessie, et en la retirant, par un mouvement de bascule qui porte son extrémité en bas vers le rectum, j'appuie fortement cette extrémité contre la face inférieure de l'urèthre sur laquelle a été pratiquée l'incision; et, en répétant cette manœuvre tous les deux jours, j'allonge et distends les tissus rigides qui formaient le rétrécissement, et qui recouvrent à la longue leur élasticité normale.

C'est ainsi que je traite les fistules urinaires simples, résultant d'une coarctation uréthrale. Il suffit, en général, de faire disparaître les dernières traces du rétrécissement et de rendre au canal sa souplesse naturelle, pour que l'urine reprenne son cours : c'est là un résultat pratique définitivement acquis. Il ne faut pas se borner, comme c'est l'usage général, à dilater la coarctation et à l'inciser au besoin, de manière à introduire une grosse sonde; le point essentiel est d'assouplir les parois du canal à l'endroit malade, et de les rendre aussi élastiques et dilatables que le reste du canal. A cette condition seulement, on complète le traitement des coarctations organiques, et ce n'est qu'à cette condition que, dans les cas de coarc-

tation avec fistules, celle-ci se ferme définitivement, après que l'urine a repris son cours normal.

Il y a, bien entendu, des exceptions. On ne réussit pas toujours, et la cause de l'insuccès n'est pas toujours manifeste.

Il est des rétrécissements fibreux, durs, avec nodosités, qui résistent à tous les moyens connus. Les parois du canal restent épaisses, rigides. On a beaucoup de peine à faire passer une sonde ; et quoi qu'on fasse, l'urine continue de passer par la fistule.

Il y a des fistules avec perte de substance à l'orifice interne, ou avec lésion grave à la partie profonde de l'urèthre. Il n'est pas facile de constater ces désordres, et la plupart de ces fistules sont incurables.

Les fistules anciennes, dont les embranchements ont labouré la plus grande partie du périnée, celles qui s'étendent au loin, à la partie interne des cuisses, aux aines, à l'hypogastre, aux lombes, à la paroi antérieure de l'abdomen, etc., résistent le plus souvent à tous les moyens dont l'art dispose.

Cependant on a vu des cas extraordinaires de guérison, qui doivent encourager les praticiens dans le traitement de ces lésions graves.

La tuméfaction et l'induration des tissus s'observent principalement dans les cas de fistules urinaires avec embranchements et orifices externes multiples. Les tissus, envahis par l'urine, forment souvent des masses énormes d'une grande dureté, et qui changent extérieurement l'état normal du périnée, du scrotum, et des régions voisines qui sont englobées dans la masse.

Ces cas sont en général plus effrayants que graves, surtout lorsque l'infiltration de l'urine s'est circonscrite. Il suffit alors de placer une sonde en permanence dans l'urèthre pour faciliter l'écoulement des urines, ou de rétablir le libre passage du canal par tout autre moyen, pour que les accidents disparaissent : la tumeur se ramollit et s'affaisse, et les parties reviennent en très-peu de temps à leur état primitif.

Quelques malades ne supportent pas les sondes à demeure le temps qu'il faut pour que l'effet désiré se produise. Chez d'autres, l'infiltration urineuse continue malgré la sonde. C'est alors surtout que l'uréthrotomie interne, par des incisions longues et profondes, produit d'excellents résultats. La division des tissus par l'uréthrotomie empêche leur rétraction, condition importante pour

(1) *Traité pratique*, t. II, p. 443, 3e édit.

hâter la guérison. Les succès de ce genre, trop peu recherchés malheureusement, étonnent les jeunes chirurgiens et même quelques chirurgiens expérimentés qui, adoptant dans les cas analogues une pratique exceptionnelle, n'hésitent point à renouveler une série d'opérations décrites par quelques vieux auteurs, et qui consistent à inciser longuement et profondément les trajets fistuleux et même à exciser les masses de tissus indurés qui les entourent.

Ceux qui suivent une telle pratique commencent par traiter la fistule, au lieu de s'occuper tout d'abord des obstacles que l'on rencontre dans l'urèthre, c'est-à-dire de la cause même des désordres. On pratique de larges débridements, quelque longs et nombreux que soient les trajets fistuleux, jusqu'à fendre le scrotum dans toute sa longueur, et tout le périnée. On ouvre même de larges gouttières remontant jusqu'au devant du pubis.

Ces débridements doivent aller jusqu'à l'orifice interne de la fistule, c'est-à-dire jusqu'à l'urèthre, et atteindre tous les embranchements secondaires. « Le premier effet de ces incisions est, comme on le comprend, d'ouvrir à l'urine une voie d'écoulement tellement large que tous les accidents de la rétention cessent immédiatement. De plus, les incisions multiples pratiquées dans les tissus indurés et chroniquement enflammés sont, d'un commun accord, très-aptes à favoriser la résolution des engorgements dont toutes les parties molles du périnée sont atteintes depuis longtemps. » Afin de prévenir des accidents graves et, en particulier, l'infiltration, l'auteur de ce procédé croit qu'il est indispensable d'associer aux incisions la cautérisation au moyen du fer rouge, ajoutant que cette cautérisation doit être faite avec énergie, et de manière à n'épargner aucun point. On a été dans quelques cas jusqu'à éteindre douze à quinze cautères dans les anfractuosités de la plaie.

Telles sont ces opérations justement qualifiées d'*autopsies véritables sur le vivant* que Bonnet (de Lyon) a exposées à la Société de chirurgie de Paris en 1855 [1].

Je ne puis que répéter ici ce que j'ai écrit dans mon *Traité pratique* (2) : De tels procédés ont pu réussir, puisqu'on annonce des succès; mais les accidents et les dangers que la raison fait craindre à leur suite, doivent détourner tout chirurgien prudent d'y avoir recours avant d'avoir acquis la certitude de l'insuffisance de tout autre moyen plus rationnel et plus pratique.

---

(1) *Gazette des hôpitaux*, 8 et 11 septembre 1855.

(2) Tome II, p. 450, 5e édit.

Nous avons dit que les fistules provenant d'abcès dans l'épaisseur des parois vésicales se ferment souvent d'elles-mêmes en peu de temps, à mesure que la vessie reprend ses propriétés organiques, et que ses fonctions s'exercent régulièrement. On voit persister, au contraire, celles qui surviennent après la taille ou la ponction sus-pubienne.

Il y a là une circonstance notable, que nous retrouvons dans les fistules sous-pubiennes. Celles de ces fistules résultant de la cystotomie par n'importe quel procédé, sont très-difficiles à guérir; tandis que les ressources de l'art sont très-efficaces pour les fistules résultant d'infiltrations urineuses, d'abcès étendus et de désordres si graves en apparence, qu'ils semblent défier tous les moyens de traitement.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Observations sur l'air des salles d'épuration du gaz.

Par MM. DESCHAMPS (d'Avallon) et ADRIAN.

En 1861 nous avons étudié, M. Adrian et moi, chacun de notre côté, l'action des vapeurs du goudron de bois sur le phosphore, et nous sommes arrivés à des conclusions identiques. Aussi, lorsque M. le docteur Commenge a présenté à l'Académie de médecine un travail pour prouver les bons effets que l'air des salles d'épuration du gaz destiné à l'éclairage exerçait sur la coqueluche, M. Adrian a pensé que nous pourrions nous réunir pour rechercher quels étaient les agents thérapeutiques de cette atmosphère.

La question nous parut très-simple *à priori*. En effet, nous savions que les vapeurs du goudron de bois rendaient l'oxygène inactif, et diminuaient considérablement, tout en permettant l'hématose, la vive action qu'il exerce sur les organes de la respiration qui ne sont pas à l'état normal; nous pensions que le goudron de houille pouvait avoir une action analogue; nous n'ignorions pas non plus que l'ammoniaque rendait des services dans quelques affections asthmatiques; et nous étions persuadés que l'air de ces salles devait contenir et de l'ammoniaque et des vapeurs de goudron.

Nous nous rendîmes à l'usine à gaz de Saint-Mandé, et nous fûmes frappés, en entrant dans la salle d'épuration, de l'odeur ammoniacale et de l'odeur de goudron. Notre premier soin fut de rechercher, avec du papier de tournesol, si l'atmosphère était alcaline. Du papier

rouge devient instantanément bleu, quand on instille dessus deux ou trois gouttes d'eau distillée. Cette constatation faite, nous priâmes M. le régisseur de cette usine de mettre à notre disposition de la matière que l'on retirait d'une cuve d'épuration, et une petite quantité du liquide obturateur dans lequel plongent les cloches qui servent de couvercle aux cuves.

La complaisance que M. le régisseur eut pour nous nous fait un devoir de demander la permission de lui adresser ici nos sincères remercîments.

La matière qui est employée pour faire ces inhalations est noire, grasse au toucher, et fortement imprégnée du goudron de houille. Son odeur est ammoniacale; elle rappelle tous les corps volatils du goudron.

1° Nous avons introduit dans une grande conserve de la matière d'épuration et une éprouvette à pied contenant de l'eau distillée, nous avons luté le couvercle de la conserve, et nous avons abandonné le tout pendant douze heures. Après ce temps, l'eau de l'éprouvette contenait une grande quantité d'ammoniaque, facile à reconnaître à l'odeur, à l'alcalinité, aux vapeurs blanches qui se dégageaient quand on approchait d'une partie du liquide une baguette de verre mouillée avec de l'acide chlorhydrique dilué. Le liquide ne contenait point de carbonate d'ammoniaque; mais après sa saturation avec de l'acide chlorhydrique, il répandait une forte odeur du gaz de l'éclairage.

2° Nous avons mis de la matière d'épuration dans un grand flacon à deux tubulures, dont l'une portait un tube courbé à angles droits qui plongeait dans un flacon rempli d'eau; l'autre tubulure était munie d'un appareil qui permettait d'introduire de l'eau dans le flacon. Après douze heures, nous avons fait passer l'air du grand flacon à travers l'eau, et cette eau avait les mêmes propriétés que le liquide numéro 1.

3° Nous avons placé dessous une cloche tubulée un verre contenant de l'acide sulfurique dilué, nous avons introduit, en prenant les précautions nécessaires, de la matière d'épuration, nous avons bouché la cloche, et nous avons abandonné l'appareil. Dès que l'odeur ammoniacale eut disparu, nous avons introduit dans la cloche un bâton de phosphore, qui répandait d'épaisses vapeurs blanches au contact de l'air. Ces vapeurs cessaient immédiatement de se produire; elles reparaissaient, après quelques instants, lorsqu'on mettait le phosphore au contact de l'air, et disparaissaient lorsqu'on le plongeait dans la cloche. Le goudron, on le voit, agit absolument comme le goudron de bois.

4° Nous avons chauffé la matière dans un ballon muni d'un tube courbé à angles droits et plongeant dans l'eau. Il se dégage, sous l'influence de la chaleur, un courant de gaz très-abondant, qui se dissout en grande partie dans l'eau, et il se volatilise une substance blanche qui nage à la surface du liquide, sous la forme de gouttelettes huileuses. Ces gouttelettes cristallisent en refroidissant.

Le liquide a une réaction alcaline très-prononcée; il contient de l'ammoniaque, du carbonate d'ammoniaque et un peu de sulfhydrate d'ammoniaque.

La matière huileuse qui cristallise en refroidissant est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et dans l'éther; elle cristallise en prismes obliques qui appartiennent au système monoclinique, cinquième type. Elle brûle avec une flamme blanche fuligineuse. C'est de la naphtaline.

5° Nous avons introduit dans un flacon à deux tubulures, de huit litres de capacité, 500 grammes de matière d'épuration, nous avons adapté à une des tubulures un tube courbé à angles droits, nous l'avons fait plonger dans un flacon laveur contenant de l'eau acidulée avec de l'acide sulfurique, et muni d'un tube de sûreté et d'un tube adducteur pour recueillir le gaz. L'autre tubulure supportait un appareil destiné à verser de l'eau dans le flacon; douze heures après, l'air du flacon fut chassé, il passa à travers le liquide acide et fut recueilli dans des cloches.

Ce gaz ne s'enflamme pas au contact d'un corps en ignition, ne détone pas, n'éteint pas les corps en combustion; mais, du phosphore plongé dans ce gaz n'est pas lumineux dans l'obscurité et ne produit pas de vapeurs blanches.

De cette partie de notre travail, nous pouvons conclure:

Que si l'air des salles d'épuration du gaz de l'éclairage a une efficacité réelle, incontestable, sur la coqueluche, on ne peut attribuer cette action qu'à l'ammoniaque et aux vapeurs du goudron qui sont répandues dans l'atmosphère des salles;

Et qu'il sera facile à tous les médecins de soumettre leurs malades, sans les déplacer, à l'action de ces agents, puisqu'il suffira d'exécuter la formule suivante :

Chaux vive	100	grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque	100	grammes.
Eau	300	grammes.
Coaltar	150	grammes.
Sablon	2,000	grammes.

Faites déliter la chaux, versez le coaltar sur 1,000 grammes de

sablon, mélangez la chaux, le chlorhydrate et l'eau, ajoutez le sablon et le coaltar, triturez, mêlez le reste du sable, etc.

Nous ajouterons encore, quoique nous n'ayons aucun droit d'intervenir dans des questions de thérapeutique, que nous donnons la préférence à la formule que nous proposons, puisque le médecin pourra augmenter ou diminuer à volonté l'énergie du mélange, ce qui est impossible dans une salle d'épuration.

Le liquide obturateur des cuves d'épuration tient en suspension une matière noirâtre mélangée avec une petite quantité d'un précipité blanc qui tranche sur la couche noirâtre. Lorsque ce précipité est déposé, le liquide est brun jaunâtre. Sa densité aréométrique est de 1,085. Son odeur est composée d'ammoniaque et de goudron de houille. Il tient en dissolution du carbonate, du sulfate, du chlorhydrate, du sulfocyanhydrate d'ammoniaque, etc.; il ne renferme aucune trace de sulfhydrate.

Quand on le sature avec de l'acide chlorhydrique, il laisse dégager de l'acide carbonique, et il se dépose, après quelques instants, un précipité blanc très-peu abondant, qui devient verdâtre au contact de l'air, et bleu après avoir été lavé avec de l'acide chlorhydrique.

Lorsqu'on concentre le liquide saturé dans une capsule de porcelaine, à une basse température, il se dépose du bleu de Prusse. La capsule paraît ne rien retenir; mais elle devient bleuâtre, après avoir été lavée, essuyée, et exposée au contact de l'air; il faut la laver avec de la potasse caustique, pour qu'elle reprenne son apparence naturelle.

Le précipité noirâtre qui est en suspension dans le liquide obturateur, est du bleu de Prusse impur.

On voit, d'après ces expériences, que ce liquide ne peut avoir aucune influence sur l'action thérapeutique des salles d'épuration, et que les corps les plus curieux qu'il renferme sont : le sulfocyanhydrate d'ammoniaque et le précipité qui donne naissance au bleu de Prusse.

Un mot sur le poivre de cubèbe.

Le poivre de cubèbe est un des meilleurs concurrents du baume de copahu; son action est d'autant plus énergique qu'il est plus nouvellement pulvérisé, et mieux conservé dans des vases bien clos.

On nous a posé cette question :

Le poivre de cubèbe, qu'on cultive actuellement dans l'Afrique

française, remplacera-t-il un jour celui que nous recevons de Sumatra et du Malabar ? A-t-il les mêmes propriétés thérapeutiques que son congénère ? Nous avons répondu oui, s'il est parfaitement mondé de son pédoncule.

Le poivre de cubèbe récolté en Afrique est presque toujours muni d'un très-long pédoncule ; sa grosseur est juste moitié moindre que celle du cubèbe que nous avons dans le commerce de la droguerie. Nos essais nous ont démontré que sa composition chimique est à peu près la même que celle du cubèbe de Sumatra ou du Malabar.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Cas de gale très-rebelle guéri par le traitement de M. le docteur Decaisne (d'Anvers).

Je lisais tout récemment dans le répertoire médical du *Bulletin général de Thérapeutique* (numéro du 30 janvier) que M. le docteur Decaisne, médecin principal à Anvers, a proposé un traitement très-simple et très-efficace pour guérir promptement la gale de l'homme. Le traitement que M. Decaisne met en vigeur consiste à étendre sur la peau des galeux une couche légère d'huile de pétrole, dans le but de détruire le sarcopte et sa larve, résultat que l'on obtient généralement, dit ce praticien, en une seule séance.

Ce traitement est parvenu à ma connaissance dans un moment très-opportun, et, pour ma part, je remercie l'initiateur de cette méthode de la part qu'il a prise à me tirer d'embarras ; car, depuis un mois et demi environ, je donnais mes soins à un galeux et j'avais employé, sans résultat, les divers traitements mis ordinairement en usage. L'histoire de ce malade me paraît assez intéressante pour que je m'autorise à l'esquisser.

Le nommé X***, âgé de vingt-six ans, domestique, vint me consulter pour un prurit très-incommode qui s'était manifesté tout d'abord à la partie interne des doigts des deux mains, et qui s'étendait à la partie antérieure des avant-bras jusqu'à l'articulation du coude. Dans ces régions, je constatai la présence de petits points, pour la plupart vésiculeux ; ceux qui ne présentaient point de vésicules avaient été excoriés par le malade. Un examen un peu attentif me permit de reconnaître les sillons de l'acare, et il ne me fut pas permis alors d'ignorer la maladie.

Je prescrivis tout d'abord le traitement réputé jusqu'à ce jour, et à juste titre, comme étant un des plus simples et le plus expéditif (traitement de M. Hardy), frictions au savon noir sur les parties affectées, bains, puis frictions avec la pommade dite *d'Helmerich*, et je crus pouvoir assurer à mon malade une guérison très-prompte. Mais au bout de huit jours, X*** se rendit de nouveau dans mon cabinet, se plaignant avec autant d'instance que la première fois, bien qu'il eût exécuté point par point mes prescriptions. L'éruption avait envahi de nouvelles parties du corps, et était confluente, surtout à la partie antérieure des poignets, des coudes, aux aines, aux creux poplités et sur les parties latérales des genoux. Les parties qui avaient été primitivement affectées étaient un peu moins prurigineuses, l'éruption y paraissait un peu moins vigoureuse; mais, néanmoins, j'y constatais encore une grande quantité de boutons caractéristiques.

Comme je voyais la maladie augmenter, malgré le traitement que j'avais employé, je craignis d'avoir commis une erreur de diagnostic; cependant, un second examen, encore plus attentif que le premier, ne fit que corroborer mon premier jugement. Je conseillai alors le même traitement, et je me rendis le lendemain chez le malade pour m'assurer si mes prescriptions étaient bien exécutées. J'enseignai et je recommandai de faire les frictions très-fortes, de laisser le malade plus longtemps dans le bain et de le faire changer de vêtements le plus souvent possible.

Après six jours de ce traitement, le malade vit le prurit diminuer d'intensité. X***, fatigué de ce mode de traitement, à cause des cuissons que lui occasionnait la pommade sulfo-alcaline, et de son odeur particulière, me pria de recourir à un autre moyen. J'y consentis d'autant plus facilement que la peau se trouvait fortement enflammée dans certaines régions, et notamment aux poignets, au pli des aines, au pourtour des articulations des coudes et des genoux.

Je conseillai alors à mon malade de suspendre tout traitement pendant deux ou trois jours, à l'exception pourtant d'un bain tiède prolongé tous les soirs avant de se coucher, bain que je rendais émollient par l'addition d'un peu de son et de colle de Flandre. Six de ces bains suffirent pour calmer cette inflammation presque érysipélateuse de la peau; puis je prescrivis la solution tant recommandée par Dupuytren, enjoignant la nécessité de se lotionner toute la surface du corps quatre ou cinq fois dans le courant des vingt-quatre heures. Après sept jours de ce traitement, mon ma-

lade se crut guéri ; il vint me manifester son contentement et je m'aperçus en effet que l'éruption disparaissait. Je conseillai néanmoins encore quelques lotions ; mais, cette fois je ne fus pas écouté, et X*** me revint, quelques jours plus tard, avec un prurit aussi intense et une éruption aussi florissante que jamais.

Je me proposais d'employer la poudre de staphysaigre incorporée à l'axonge, pommade tant vantée par M. le docteur Bourguignon, et qui, je puis le dire, me réussit à merveille, il y a environ un an, pour arrêter la propagation des acares chez un galeux tout fraîchement contaminé, lorsque le traitement de M. le docteur Decaisne m'est parvenu.

Me fondant sur les assertions de ce praticien, je n'hésitai pas un seul instant et j'employai l'huile de pétrole en onctions légères sur tous les points de la surface tégumentaire envahis par les sarcoptes. Cette première onction fut pratiquée avec une grande rapidité, et le malade fut tout aussitôt enveloppé dans un drap de lit. Je pensai que, par ce moyen, je parviendrais à concentrer l'odeur du médicament. Quelques instants après, de légères cuissons se manifestèrent ; mais ce petit accident ne fut que passager. La nuit fut meilleure que de coutume. X***, qui était habituellement réveillé par le prurit les nuits précédentes, ne fut obligé de se gratter que quelques instants dans la matinée. Le lendemain, dans la soirée, je pratiquai une seconde onction un peu plus copieuse que celle de la veille, et qui fut suivie de démangeaisons un peu plus aiguës, mais qui se dissipèrent avec autant de rapidité que la première fois. La nuit fut excellente. Désirant connaître l'efficacité de ce traitement, je m'abstins de pratiquer de nouvelles onctions, et je priai X*** de passer chez moi dans quatre ou cinq jours ; occupé à des travaux champêtres et se trouvant tout à fait soulagé, il ne vint me voir que le septième jour. L'éruption s'était complétement effacée, on ne voyait disséminées, çà et là, que quelques petites écorchures rouges et sèches. Je prescrivis un bain, dans le but unique de nettoyer la peau, et pour faire disparaître plus promptement l'odeur du médicament. A huit jours de là, je revis le malade, qui m'assura n'avoir plus rien ressenti. J'examinai tout son corps avec la plus grande attention, et il ne me fut pas possible de trouver la moindre trace de la maladie dont il avait été si sérieusement atteint. Dans la suite, je revis X***, qui m'assura n'avoir plus rien ressenti.

H. Sauné, de Saint-Mézard (Gers),
Ex-interne des hôpitaux de Toulouse.

BIBLIOGRAPHIE.

Des principales eaux minérales de l'Europe, par M. Armand ROTUREAU, docteur en médecine, membre titulaire de la Société d'hydrologie de Paris ; France (supplément), Angleterre, Belgique, Espagne et Portugal, Italie, Suisse : ouvrage suivi du *Complément de la législation sur les eaux minérales de France.*

Aimez-vous la muscade, on en a mis partout.

Il n'est pas une seule maladie, dans le cadre nosologique, qui désormais, soit en France, soit à l'étranger, n'ait sa naïade protectrice, ne trouve au fond de quelque vallon sa médication toute faite, si l'on s'en rapporte aveuglément aux historiens quelque peu enthousiastes de l'hydrologie médicale moderne. Il y a dans cette glorification de l'eau, dans ce culte nouveau de l'ancienne mythologie, un fond d'idolâtrie qui passera, comme tous les engouements ; mais ce qui n'est pas moins vrai, c'est que de cette immense étude, à laquelle se sont voués tant d'hommes intelligents et désintéressés, il sortira certainement quelque jour une foule d'enseignements utiles qui auront leur place dans la thérapeutique, et plus encore peut-être dans l'hygiène préventive des maladies. La Société médicale d'hydrologie qui s'est naguère fondée parmi nous, et qui ouvre libéralement ses portes à tous ceux qu'intéresse ce côté spécial de la thérapeutique, contribuera pour une large part, nous n'en doutons pas, à redresser les voies tortueuses dans lesquelles on a marché longtemps dans cette direction, et à imprimer aux études qui s'y poursuivent un caractère véritablement scientifique qu'elles ne perdront plus. Mais c'est là de la perspective, ce n'est point encore de la réalité. Le temps n'est peut-être pas encore venu d'embrasser dans une étude générale l'ensemble de l'hydrologie médicale : une critique indépendante et suffisamment éclairée n'a point encore porté la lumière au fond de toutes ces sources mystérieuses qui promettent assurément plus qu'elles ne pourront jamais donner, et il y a sur ce point, dans la science, plus de traditions essentiellement discutables que d'enseignements positifs, clairs, précis. Dans cet état de choses, est-ce donc que les médecins intelligents, laborieux, qui, comme MM. Rotureau, Durand-Fardel, Pétrequin, etc., nous ont présenté, sous une forme ou sous une autre, un résumé des connaissances actuellement acquises sur cette partie intéressante de la thérapeutique médicale, ont fait une œuvre vaine, ont dépensé leur temps et leur activité à un travail stérile? Non, certes : ainsi

va la science. Forcée de côtoyer à chaque pas l'erreur, elle ne l'évite pas toujours, mais dans cette marche en zigzag, elle finit toujours par recueillir un certain nombre de vérités ; le progrès est une lente addition.

M. le docteur Rotureau, dont les laborieuses recherches sont tous les jours plus appréciées, vient de clore enfin, par le volume dont nous allons dire quelques mots, le monument, dirions-nous, si nous ne craignions de blesser sa modestie, qu'il a cru devoir élever à l'hydrologie médicale. Ainsi que l'indique le titre du livre, l'auteur traite successivement, dans ce nouveau volume de son intéressante encyclopédie hydrologique, des eaux minérales de l'ancienne Savoie, aujourd'hui France, de l'Angleterre, de la Belgique, de l'Espagne et du Portugal, de la Suisse et de l'Italie. Ces divers pays sont fort inégalement dotés sous le rapport de l'hydrologie médicale. Pendant que la France, l'Allemagne comptent un si grand nombre de stations thermales, l'Angleterre, la Belgique, par exemple, en comptent au contraire un très-petit nombre. Parmi ces dernières même qui ont joui d'une plus ou moins grande réputation, il en est quelques-unes qui perdent chaque jour de leur antique splendeur, et dont, sans être prophète, il est permis de prévoir prochainement la complète déchéance. En Belgique, la nature des terrains, leur altitude expliquent en grande partie l'infériorité que nous venons de signaler ; mais pourquoi en est-il ou tend-il à en être bientôt de même en Angleterre ? La position insulaire peut, en une certaine mesure, rendre compte du fait ; mais pourtant nous croyons que si telles stations ont perdu la réputation dont elles ont longtemps joui, et si telles autres marchent visiblement à une semblable décadence, c'est que les Anglais, éminemment cosmopolites et voyageurs, aiment mieux aller chercher au loin et sous un ciel moins austère la guérison des maladies qui relèvent de la médication thermale. En ceci ont-ils complétement tort, et qui oserait affirmer que le voyage, le changement de milieu, l'insouci relatif de la vie sous un ciel nouveau et plus doux, où nous nous isolons pendant quelque temps dans un égoïsme qui n'est pas sans charmes, qui oserait affirmer, dis-je, qu'en dehors de l'influence que les eaux minérales les plus directement efficaces exercent sur l'organisme souffrant, il ne faut point faire une part, quelquefois une très-large part, à cet ensemble de circonstances collatérales ? Mais le scepticisme, en cette mesure, quand il s'agit d'hydrologie médicale, est lieu commun ; passons.

A l'exception de Bath et de Leamington, où l'on ne vient guère

que pour se reposer de la chasse aux renards, les thermes d'Angleterre sont donc peu fréquentés. Quant à la Belgique, elle n'a guère que Spa; mais cette eau bicarbonatée-ferrugineuse jouit d'une incontestable efficacité, et les prospectus ne prévaudront jamais contre elle. Il nous a semblé que, pour cette dernière source athermale surtout, M. Rotureau en avait nettement établi les indications, comme il en a bien caractérisé l'heureuse influence dans les maladies qui l'appellent.

Ainsi qu'on le suppose bien, notre savant auteur n'a pu étudier par lui-même tous les thermes dont il trace plus ou moins compendieusement l'histoire dans sa vaste encyclopédie : aussi bien sont-ce surtout les enseignements qu'il puise auprès des médecins qui pratiquent auprès de ces eaux, qu'il consigne dans son livre. Mais plein de foi dans l'efficacité de cette médication naturelle, quand il rencontre dans les stations thermales des médecins, suivant lui, trop sceptiques, il lui arrive quelquefois d'émettre prudemment un avis contradictoire par voie de pure induction. Ecoutons-le lui-même un instant sur ce point; cette sorte d'objurgation, si insolite en semblable matière, mérite bien une mention particulière : il s'agit des eaux de Cheltenham, en Angleterre. « Les eaux de Cheltenham (c'est M. Rotureau qui parle) ont perdu beaucoup de leur importance, me disait M. le docteur Cook, et les médecins ne les prescrivent qu'avec une certaine appréhension, et seulement à ceux qui se sont déplacés tout exprès pour venir faire une cure minérale; ils n'en ordonnent jamais aux habitants de la ville. Je crois, malgré toute l'estime que je professe pour mes confrères de Cheltenham, qu'ils pourraient avoir une confiance plus grande dans l'efficacité de leurs eaux, obtenir de leur usage interne et externe des résultats souvent plus heureux et plus prompts que ceux qu'ils demandent aux préparations pharmaceutiques. J'ai la certitude, par exemple, que beaucoup d'Anglais trouveraient à Cheltenham une action salutaire qu'ils vont chercher bien loin, et qu'ils négligent, parce qu'ils sont habitués à entendre dire que leurs sources n'ont pas la même vertu que celles des autres pays. » Cela est possible rigoureusement, mais enfin l'expérience des médecins qui depuis longtemps ont pratiqué ces eaux ne laissera pourtant pas de faire une certaine impression sur l'esprit des lecteurs judicieux que ne manquera pas de trouver le livre de M. Rotureau.

Bien que le volume dont nous parlons en ce moment ne soit qu'une partie de la vaste encyclopédie publiée par notre savant et laborieux confrère, nombreuses sont les stations dont il traite et où

il nous est impossible de le suivre. Nous y signalerons cependant encore une station bien connue et d'une notoriété méritée, sur laquelle l'auteur fournit de très-utiles renseignements : je veux parler de la station de Loëche-les-Bains, ou Leakerbad, en Suisse. Nous connaissons, pour notre compte, un certain nombre de malades qui se sont admirablement trouvés des bains pris à cette source. Il y a là une mise en scène heureusement reproduite par M. Rotureau, et qui, outre l'intérêt scientifique, plaira à ceux de nos confrères qui pensent qu'en ceci, comme en toute chose, de l'uniformité naquit un jour l'ennui.

En somme, quoiqu'il soit impossible, dans l'état actuel de la science, de marquer d'une manière rigoureuse le dégré d'efficacité des nombreuses stations thermales ou athermales qu'offre aux touristes ennuyés ou aux malades réels notre pauvre soleil éteint, nous nous plaisons à reconnaître les généreux efforts de M. Rotureau pour nous édifier, autant qu'il a été en lui de le faire, sur les questions complexes qui se posent en thérapeutique à ce propos ; s'il est loin d'avoir atteint le but, il a au moins jalonné quelques-unes des voies qui y peuvent conduire. C'est là d'ailleurs une étude à laquelle s'appliquent en ce moment une foule d'esprits aussi indépendants qu'éclairés, et nul doute que M. Rotureau n'occupe déjà une des premières places dans cette phalange laborieuse. Si l'auteur, ce que nous espérons, publie un jour une seconde édition de son important travail, nous lui demandons la permission de lui donner à l'avance un conseil, c'est celui de ne pas négliger les enseignements qui pourront lui venir des médecins qui, malades eux-mêmes, ont pu étudier sur eux-mêmes les effets thérapeutiques de nos principaux thermes. Il y a dans cette sorte de médecine autoptique, si l'on veut bien nous permettre de risquer ce mot, une originalité d'observation dont manque souvent l'expérience commune, vulgaire. Autant que les profanes, plus que les profanes peut-être, en raison même de leur vie laborieuse, les médecins sont sujets à la maladie ; pour peu que celle-ci revête un caractère chronique et que la question financière n'y mette point obstacle, ils résistent difficilement à la voix des naïades qui les appellent. Or, ils ne manquent presque jamais de consigner quelque part les résultats de cette singulière observation. Je dis qu'il y a là une foule d'enseignements précieux qu'on ne saurait sans doute accepter sans critique, mais dont un hydrologue universel comme M. Rotureau doit tenir compte. Ce qui nous inspire à nous-même cette réflexion que nous osons soumettre à la sagacité de notre savant confrère, c'est la lecture que nous venons

de faire d'une brochure intitulée *Une Saison à Contrexeville*. Cette brochure rapidement écrite, que vient de publier un médecin distingué de Tours dont nous analysions ici même naguère un ouvrage plus étendu sur la diphthérite du larynx, M. le docteur A. Millet, est un exemple de l'intérêt que peuvent présenter ces sortes de travaux, dans lesquels le médecin est à la fois le sujet et l'historien d'une médication thermale. Tous ne seront pas aussi heureux que notre savant confrère de Tours, mais en ces questions, comme en toutes questions, les résultats négatifs ont leur enseignement aussi bien que les résultats les plus positifs. Le premier pas à faire dans une voie aussi encombrée que celle-là de traditions erronées, c'est de séparer le bon grain de l'ivraie. *Questa coda non è di questo gatto*; qu'on se le persuade bien, c'est là aujourd'hui même encore la grande question en matière d'hydrologie thérapeutique : il faut s'efforcer d'attribuer à chaque chat la queue qui lui appartient.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Accès de délirium tremens traité et guéri par la teinture de digitale a haute dose. — La digitale est depuis plusieurs années très-usitée en Angleterre dans le traitement du délirium tremens. Cette médication est peu connue en France; aussi nous avons cru intéressant de publier l'observation suivante recueillie dans le service de M. Nonat par M. Revilliod, interne distingué des hôpitaux.

Steffan (Louis), âgé de vingt et un ans, garçon chez un marchand de vins, entre, le 23 février 1865, à la Charité, salle Saint-Ferdinand, n° 14.

A l'âge de douze ans, à la suite de bains froids répétés pendant une mauvaise saison, ce malade fut atteint d'une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui lui fit garder le lit pendant trois mois.

Depuis lors, chaque année au printemps, ses douleurs reparaissent et le ramènent passer quelques semaines à l'hôpital. Au printemps dernier (1864), il entra à la Pitié (service de M. Matice) pour des douleurs dans les articulations des membres inférieurs, fut soumis au traitement par l'iodure de potassium, 1 gramme par jour pendant un mois, puis alla passer quinze jours à Vincennes.

Le 15 octobre, il rentra à la Pitié pour une nouvelle attaque dans les mêmes jointures et y resta un mois.

Steffan a été apprenti dans une fabrique d'impressions sur étoffes, et était alors très-sobre, sauf quelques rares excès de boisson. Depuis un an, il est garçon chez un marchand de vins, profession qui l'oblige souvent à offrir ou à accepter un verre de vin ou d'eau-de-vie. Cependant il a quitté définitivement cet établissement le 15 octobre, et a passé chez son père, où il vivait plutôt de privations, les quinze jours qui se sont écoulés depuis sa sortie de la Pitié à son entrée à la Charité.

Depuis un an, il est sujet à un tremblement dans les mains, plus ou moins intense, selon les moments.

Le 21 janvier 1865, sans cause déterminante appréciable, il est pris dans la nuit d'accès de suffocation, toux, hémoptysie, et reste toute la nuit assis dans son lit.

Les mêmes symptômes persistent moins intenses le 22.

Le 23, il entre salle Saint-Ferdinand, nº 14.

Etat actuel. — Facies anémié, un peu de dyspnée, peau un peu chaude, pouls assez fort, vibrant 112. Articulations saines. Bruit de souffle rude, intense, au premier temps, à la pointe, et au deuxième temps à la base. (Diagnostic. Insuffisances mitrale et aortique.)

Vésicatoire à la région précordiale. — Pas de changement jusqu'au 12 février.

Le 12 février, le tremblement des membres supérieurs est plus prononcé et Steffan paraît très-affecté de la mort d'un de ses voisins apporté la veille dans un accès de *delirium tremens*.

Trois jours après, un autre malade est apporté dans la salle, présentant les mêmes symptômes, et succombe, le lendemain, au milieu d'une agitation extraordinaire. Aussi le 16 février, notre malade, habituellement gai, pleure facilement. Il se plaint d'un malaise indéfinissable et d'étouffements très-pénibles, le soir surtout. Le tremblement des mains augmente. Epistaxis.

Le 22 février. La soirée d'hier a été calme, il s'est levé, a mangé comme les jours précédents ; mais, à minuit, il se réveille subitement, crie, se lève, court à l'extrémité de la salle. On le ramène difficilement dans son lit et on lui met la camisole de force. Le reste de la nuit, il a été en proie à des hallucinations, se croyant entouré d'une foule qui veut l'assassiner et l'a attaché dans ce but.

A la visite du matin, l'agitation est continuelle, la face pâle, couverte de sueur, tournée continuellement à droite et en arrière, où

il semble chercher les êtres imaginaires qui lui veulent du mal. Les pupilles sont également dilatées. 120 pulsations ; 60 respirations. (Prescription. — Diète ; glace sur la tête ; sinapismes ; lavements purgatifs. Potion avec laudanum, 30 gouttes.)

Dans la journée, il est plus calme, dort par moments d'un sommeil profond ; mais il est bientôt réveillé par les mêmes hallucinations.

Le 23 février. Même état, alternatives de calme apparent et d'agitation, regard mobile. 96 pulsations.

On supprime le traitement d'hier ; on lui donne une potion avec teinture de digitale, 12 grammes.

A cinq heures, il a pris la moitié de la potion ; l'agitation a disparu ; on lui a retiré sa camisole ; il répond aux questions d'une manière brève, saccadée, mais juste ; mais dès qu'on le laisse à lui-même, il est de nouveau la proie de ses visions. Céphalalgie frontale ; 80 pulsations.

Le 24 février. Il a presque fini sa potion d'hier (en total, 10 grammes dans les vingt-quatre heures). Nuit bonne, le matin il est calme, mais se plaint de céphalalgie, étourdissements, douleurs à l'épigastre. Le regard est vague, l'esprit ailleurs. 68 pulsations. (5 grammes de teinture de digitale dans la potion.)

Le soir, même état. 72 pulsations.

Le 25 février. Les hallucinations ont changé, ce ne sont plus des personnes qui veulent l'assassiner ; mais il se croit chez lui et demande un bon déjeuner. Pouls à 60.

On continue la potion avec 5 grammes de digitale. Potage.

Le soir, 76 pulsations ; il se rend compte de son état, l'agitation de ces derniers jours lui revient à la mémoire ; mais il a eu des nausées toute la journée ; après avoir pris son potage, il a eu un vomissement qui ne l'a pas soulagé.

Le 26 février. L'amélioration continue.

On supprime la potion de digitale. Dès lors les nausées et vomissements cessent, la céphalalgie disparaît, le calme revient et le délire ne s'est pas reproduit.

Cette observation nous paraît d'autant plus probante que les préparations opiacées (données, il est vrai, à dose insuffisante) avaient échoué.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Guérison d'ulcères phagédéniques par le chlorate de potasse. Le fait suivant, rapporté par M. Ganjot, professeur agrégé au Val-de-Grâce, montre de larges et anciennes ulcérations phagédéniques, jusque-là rebelles à un grand nombre de médications, guéries par le chlorate de potasse.

Un jeune soldat, atteint d'adénite inguinale double suppurée, consécutive à un chancre, fut pris d'une diarrhée intense, à la suite de laquelle les ulcérations s'agrandirent et se compliquèrent bientôt de décollement et de phagédénisme. Pendant sept mois, un traitement général par diverses préparations mercurielles et l'iodure de potassium, des applications locales variées de teinture d'iode, de tartrate de fer, de glycérine, de cérat, d'onguents furent essayées tour à tour, sans aucun bon résultat. Au bout d'un an, cet homme arriva au Val-de-Grâce.

Tout d'abord, huit larges cautères furent éteints sur les deux ulcères, de manière à cautériser tous les points exactement et profondément. Réaction inflammatoire assez vive pendant trois ou quatre jours. Après la chute des escharres, bourgeons charnus ayant un bon aspect. Pansement avec des bandelettes de Vigo entrecroisées.

Quinze jours après cette cautérisation, les plaies étaient réduites, de chaque côté, à la largeur d'une pièce de deux francs, et la guérison définitive paraissait assurée, lorsque le malade fut pris d'une dysenterie aiguë. Alors des douleurs vives se firent sentir dans les plaies, qui s'agrandirent à vue d'œil, et l'ulcération, ayant détruit les cicatrices récentes, envahit en quarante-huit heures, non-seulement les points primitivement altérés, mais en dépassa bientôt les limites. On essaya alors des pansements avec une solution de perchlorure de fer dilué, puis avec du sulfate de fer, puis avec le cérat opiacé et la bouillie d'opium, puis avec la glycérine. Le contact de toutes ces substances était trop douloureux pour être toléré. L'eau fraîche ou une décoction émolliente ou aromatique étaient seules assez bien supportées. On reprit les pansements avec les bandelettes de Vigo, puis de diachylon, mais il fallut en cesser bientôt l'usage à cause de l'abondance de la suppuration. La poudre de quinquina et de charbon, le tannin, le bismuth, la poudre d'alun n'eurent pas de meilleurs effets.

C'est alors qu'on eut l'idée de tenter les pansements avec la solution de chlorate de potasse, dont M. Bergeron venait de signaler les bons effets contre le cancroïde. De la charpie trempée dans une solution de chlorate de potasse à 4 grammes pour 100 d'eau fut appliquée sur chacune des ulcérations, matin et soir. Le premier effet sensible fut de calmer radicalement les douleurs, et le sommeil fut complet pendant la nuit. Une amélioration notable ne tarda pas à se manifester : les bourgeons charnus devinrent moins fongueux et prirent un bon aspect ; la sécrétion séro-purulente cessa d'être fétide et diminua ; enfin, les bords se resserrèrent à tel point, qu'en moins de quinze jours les ulcérations étaient réduites à deux ou trois plaies superficielles de chaque côté, ayant chacune environ deux centimètres de diamètre.

Une nouvelle attaque de dysenterie, qui dure trois jours, vint remettre tout en cause : les cicatrices sont rompues et les ulcérations s'étalent au loin. La diarrhée arrêtée, le chlorate de potasse amène de nouveau le travail de cicatrisation.

Malgré une nouvelle attaque de dysenterie, mais cette fois légère, la cicatrisation continua à marcher régulièrement et ne tarda pas à être complète.

De tous les traitements dirigés contre le phagédénisme, la cautérisation est certainement celui qui donne les meilleurs résultats, mais quelquefois elle est difficilement applicable à cause de la situation, de l'étendue ou de la profondeur des ulcérations. Dans ces cas, la solution de chlorate de potasse pourra rendre de grands services : son application est inoffensive et commode; elle ne cause point de douleur et permet de renouveler fréquemment les pansements, qui sont très-simples. En commençant par une solution faible, par exemple 4 grammes pour 100 d'eau, on peut ensuite augmenter progressivement la dose, à mesure que la plaie s'habitue au contact du médicament. (*Gazette hebdomadaire.*)

Tétanos consécutif à l'ovariotomie, guérison par le curare. Nous avons consigné dans notre numéro du 15 février une observation de méningite cérébro-spinale traitée avec succès par le curare. Le fait suivant, rapporté par M. Spencer Wells, montre que le curare est destiné à prendre place dans la thérapeutique.

Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, opérée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire.

Quinze jours après l'opération, la malade a accusé de la roideur dans les mâchoires et de la difficulté pour avaler. Le jour suivant, la contracture augmenta, les mâchoires ne pouvaient s'écarter.

Le lendemain l'état de la malade s'était aggravé, les mâchoires étaient serrées et la langue avait été mordue involontairement pendant la nuit. Il y avait des soubresauts, des contractures spasmodiques dans les muscles masséters et dans les muscles du cou. Mais le pouls était bon et la respiration normale ; la malade a été purgée deux fois avec l'huile de ricin et la térébenthine.

Alors M. Wells songea à employer le curare. C'est seulement le quatrième jour après le début des accidents qu'il a pu se procurer ce médicament.

10 centigrammes (2 grains) de curare ont été dissous dans 30 grammes (1 once) d'eau distillée ; 2 grammes (1/2 drachme) de cette solution ont été placés au moyen du *lint* sur la plaie encore vive du pédicule de l'ovaire enlevé, et le pansement a été recouvert de taffetas gommé. Trois heures après des convulsions spasmodiques ont reparu. Alors les symptômes continuant à s'aggraver et la tête se renversant en arrière, M. Spencer Wells a injecté sous la peau, à l'angle de la mâchoire, 20 gouttes de la solution précédente, contenant 1/12 de grain de curare, moins de 1 milligramme. La malade est tombée comme morte dans une résolution complète ; la pâleur se répandit sur son visage, la respiration et les battements du cœur s'arrêtèrent pendant quelques secondes, l'état de la malade parut tout à fait alarmant. Cependant celle-ci est revenue à elle, et elle a pu prendre un peu d'eau-de-vie et s'est remise peu à peu. Après quelques minutes la difficulté d'avaler était revenue plus grande qu'à aucun moment. M. Wells attribue la résolution subite à une absorption rapide du poison, sans doute parce que la canule de la seringue à injection avait pénétré dans une petite veine. Cependant il n'a point renouvelé l'injection ; il a fait appliquer un vésicatoire sur le cou pour appliquer le médicament par la méthode endermique. Le chloroforme devait être employé à ce moment ; mais comme dans une première tentative d'application il avait déterminé des nausées, le chirurgien a cru devoir s'abstenir.

Le jour suivant la malade était mieux. Elle pouvait introduire le bout de son doigt entre ses dents ; elle avait dormi pendant la nuit et n'avait eu qu'une attaque convulsive. 2 grammes de la solution de curare ont été de nouveau appliqués sur la plaie de l'abdomen. Une même quantité de cette solution a été placée sur le cou sur la surface dénudée du vésicatoire.

Les jours suivants le mieux a continué sous l'influence du même traitement, pansement du vésicatoire avec la solution de curare ; le onzième jour la malade était tout à fait bien, l'usage du curare a été cessé. Il en avait été administré 0gr,30. A ce moment l'urine examinée contenait, d'après une analyse du docteur Richarson, des concrétions, et celles-ci, suivant le même expérimentateur, donnaient à des grenouilles, auxquelles on en administrait par la méthode endermique, des symptômes de tétanos. (Il n'y a pas d'autres explications dans le texte anglais.)

Le cinquantième jour la malade était guérie.

Tel est le fait désigné sous le nom de *tétanos* par l'auteur anglais. Le trismus, l'œsophagisme, les soubresauts appartiennent à un état convulsif que l'on voit exister isolément chez les enfants. S'il était question d'un enfant, on pourrait objecter qu'il ne s'agissait pas d'un tétanos vrai. Mais ici c'était une femme de quarante et un ans, et elle avait des attaques de convulsions spasmodiques plus étendues que celles que l'on observe dans les contractures idiopathiques des mâchoires. Cependant, il est impossible d'oublier que les contractures musculaires permanentes sont restées localisées à la face et au pharynx, les muscles sterno-mastoïdiens n'étaient point contracturés au même degré que les muscles masséters.

Et il est alors juste de dire que le cas de tétanos était bénin, qu'il était pour ainsi dire avorté et qu'il n'avait pas la gravité habituelle des tétanos traumatiques, où le curare, comme tant d'autres médicaments, ont trop souvent échoué. (*Gazette des hôpitaux.*)

Nouvelle espèce d'anasarque, suite de rétention d'urine. Il existe dans les archives de la science au moins un fait de ce genre, qu'on peut tirer avec de suffisants détails dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales* (t. XLVIII, p. 125), et dans le *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer (5e édition, t. VII, p. 280) (1). Mais il y est présenté uniquement au point de vue du diagnostic différentiel de l'ascite et de la rétention d'urine; le rapport de cause à effet entre la distension de la vessie et l'hydropisie n'y est pas mise en relief, et semble n'avoir pas frappé nettement l'attention de l'auteur ni de ceux qui lui ont emprunté cette observation. C'est donc avec raison que cette espèce d'anasarque est qualifiée *nouvelle*; car, comme le fait remarquer M. Trousseau dans la leçon clinique où il la fait connaître, il s'agit d'un fait morbide sur lequel l'attention des pathologistes n'a pas été jusqu'ici suffisamment appelée. Les praticiens sauront donc gré à l'éminent professeur de leur avoir signalé cette espèce d'hydropisie générale, sa cause, et le moyen d'y remédier.

C'est à M. le docteur Bourgeois (d'Étampes), que M. Trousseau doit, comme il le dit lui-même, d'avoir appris à reconnaître les faits. M. Bourgeois a adressé, il y a dix ans, à l'Académie de médecine, un mémoire sur ce sujet, mais qui malheureusement n'a pas obtenu les honneurs d'un rapport.

Plusieurs observations sont relatées dans la leçon de M. Trousseau, dont deux sont dues au très-distingué chirurgien d'Étampes. Toutes sont parfaitement concluantes; dans toutes, il s'agit de malades, d'un âge avancé dans la plupart des cas, mais non dans tous, chez lesquels l'émission des urines pour une cause ou pour une autre, est supprimée ou très-insuffisante, ou a lieu d'une manière continue et par regurgement; ces malades ont vu leur ventre s'amplifier, jusqu'à un volume considérable, puis une infiltration se produire, d'abord dans les membres inférieurs et de là s'étendre au reste du corps. Chez tous, l'examen de l'abdomen ayant fait reconnaître la distension du réservoir urinaire, le cathétérisme a été pratiqué un plus ou moins grand nombre de fois, et à la suite de l'évacuation de quantités abondantes d'urine, on a vu l'anasarque disparaître rapidement. (*Union méd.*, 1865, numéro 28.)

(1) Bien que l'observation soit attribuée, dans ces ouvrages, à des auteurs différents, on voit, en la lisant dans l'un et dans l'autre, qu'il s'agit d'un seul et même fait.

Du traitement de la sciatique, par M. le professeur Oppolzer. Le traitement de la sciatique dépend essentiellement de sa forme aiguë ou de sa forme chronique. Chez les malades qui ressentent une vive douleur et chez lesquels il existe des phénomènes fébriles, c'est au froid que l'on s'adresse. Applications d'eau froide, puis glace. Les sangsues et les ventouses sont aussi utiles, à l'intérieur on donne quelques laxatifs. L'opium et la morphine sont aussi souvent administrés. Si c'est pendant les mouvements que la douleur se fait sentir, on prescrit le repos. Dans les cas légers, le malade se frictionne avec de l'alcool camphré, de l'opodeldoch, etc.

Quand l'affection dure depuis trois ou quatre semaines, sans que les remèdes aient agi, on emploie les vésicatoires, *loco dolenti*, les frictions avec le chloroforme; dans les cas plus graves, la cautérisation superficielle de la peau, le fer chaud, les moxas au point d'émergence des nerfs, l'électricité, l'huile de croton en frictions sur le point douloureux, la vératrine et l'aconitine en pommade. Le professeur Oppolzer prescrit la vératrine à la dose de 2 grains (0gr,10) sur 4 grammes d'axonge en frictions sur les parties douloureuses, et l'aconitine à la dose de 1 grain (0gr,05) sur la même quantité de corps gras que pour la vératrine. Cette seconde pommade est employée en frictions le matin, à midi et le soir.

Les injections sous-cutanées de morphine et d'atropine ont eu de bons résultats. La morphine, par la méthode endermique, a aussi réussi quelquefois.

Quand la sciatique survient à la suite d'un refroidissement, on emploie avec succès les bains prolongés, les bains de vapeur avec douches froides en pluie.

L'huile de térébenthine se prescrit aussi à l'intérieur. Oppolzer l'a donnée dans un cas où l'affection datait de neuf ans, à la dose de 4 grammes, mêlée à la magnésie carbonatée q. s. pour soixante pilules. Le malade prenait cinq de ces pilules matin et soir. (*Gazette méd. de Strasbourg.*)

Traitement de l'anthrax par la compression. Ce traitement obtient de l'autre côté du détroit les suffrages de praticiens distingués. Au témoignage favorable de M. Collis, dont nous avons rendu compte dans notre avant-dernier volume, nous ajoutons aujourd'hui celui du docteur O'Ferrall. Suivant ce médecin, si cette méthode de traitement a été accusée d'infidélité, c'est faute d'avoir établi la compression d'une manière convenable. Voici comment elle doit être faite. Après avoir préparé un nombre suffisant de bandelettes agglutinatives, assez longues pour dépasser sensiblement la base de la tumeur, une première est posée sur l'un des côtés de celle-ci et à une assez grande distance, en fixant d'abord l'une des extrémités, puis appliquant le plat, pour terminer par l'autre extrémité; une seconde est placée de l'autre côté de l'anthrax de la même manière; les autres viennent ensuite, d'une et d'autre part, dans le même ordre, en s'imbriquant, et en se rapprochant de la tumeur pour finir par la couvrir, à l'exception de son centre, qui doit rester libre; il est nécessaire que les bandelettes refoulent, au fur et à mesure de leur application, les téguments d'une manière concentrique, afin qu'ensuite abandonnés à eux-mêmes, ils concourent pour leur part à la compression, en vertu de leur tendance à reprendre leur situation naturelle. Les bandelettes étant disposées ainsi, on applique un petit cataplasme sur la partie centrale restée découverte, après avoir pris soin, si cette partie présente plusieurs petites ouvertures au lieu d'une seule assez large, de les réunir par de légères incisions. Les chirurgiens partisans de ce mode de traitement, lui attribuent l'avantage de calmer très-rapidement la douleur qui accompagne toujours la maladie, et de favoriser l'élimination du bourbillon. Un cas est présenté à l'appui, et nous le résumons succinctement.

Un homme de cinquante-six ans, commis, d'habitudes sédentaires, fut admis à l'hôpital Saint-Vincent, le 1er décembre dernier, dans le service de M. O'Ferrall, pour un anthrax de la partie postérieure du cou, qui avait débuté trois semaines auparavant, et qui était devenu douloureux au point de priver complétement le malade de sommeil depuis plusieurs nuits. La tumeur, d'environ 3 pouces de diamètre, était très-dure à sa base et présentait à son sommet plusieurs petites ouvertures, à travers lesquelles suintait une matière purulente. Le pansement fut établi de la manière ci-dessus expliquée, entourant la base de l'anthrax, et le comprimant graduellement de la circonférence au centre, qui fut laissé libre et recouvert d'un léger cataplasme. Dès le premier jour, il y eut un soulagement notable, et le malade put dormir la nuit suivante. Au bout de neuf jours, le contenu mortifié de la tumeur était complétement éliminé. Un second anthrax moins volumineux, qui apparut peu après, fut traité de la même façon, avec le même résultat. Nous ne pensons pas que cette méthode de traitement ait la prétention d'abréger la durée de la maladie; mais si elle diminue réellement, comme il le paraît, la vivacité de la douleur qui accompagne d'ordinaire l'anthrax, elle mérite certainement d'être mise à l'épreuve. (*Med. press.*, févr. 1865.)

Dyspepsie rebelle, guérie par les lavements vineux. Une femme âgée de vingt-huit ans, délicate, avait été bien portante jusqu'en 1855, où elle fut prise d'anorexie. La faiblesse et l'inappétence s'accrurent en 1857, après un accouchement qui fut bientôt suivi d'une fièvre typhoïde grave qui dura six semaines. La bouche et l'arrière-gorge étaient couvertes d'aphthes; il y eut trois évacuations sanguines par le bas. Celles-ci cédèrent à l'emploi du salep et de l'alun; mais la faiblesse était extrême, et la fièvre hectique se mit de la partie. La pepsine resta sans effet; les lavements de bouillon, de lait et jaunes d'œuf ne furent point retenus et provoquèrent des tranchées abdominales. Dans cette occurrence, le docteur Innhauser eut recours, avec une entière réussite, aux lavements vineux (1/8 de chopine de vin avec quantité égale d'eau) administrés matin et soir; une chaleur bienfaisante se répandit dans tous les membres et, dès le premier soir, il y eut un sommeil calme et réparateur qui dura huit heures. Le quatrième jour, on ajouta à chaque lavement un demi-jaune d'œuf. La fièvre hectique disparut; les forces revinrent lentement mais graduellement, le sommeil nocturne était excellent et l'amaigrissement ne fit plus de progrès. Au bout de douze jours, l'appétit se montra, et après trois semaines de l'usage des lavements vineux, la ma-

lade mangea du rôti de veau et de la venaison : elle quitta le lit un mois après, et les lavements furent suspendus, la guérison pouvant être considérée comme complète. Plus tard les menstrues reparurent, l'appétit et les fonctions animales s'exécutèrent à souhait ; bref, la santé ne laissa plus rien à désirer. (*Journal des connaissances méd.*, 20 février 1865.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

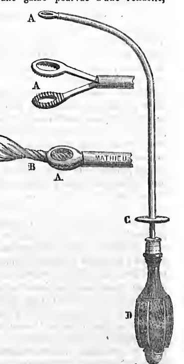
Intoxication saturnine des ouvriers en verre-mousseline. On donne le nom de verre-mousseline au verre à vitre rendu opaque et orné de dessins imitant ceux de la mousseline brodée. L'agent principal de cette fabrication est l'émail réduit en poudre impalpable, et dans lequel entre une grande proportion d'oxyde de plomb. Il y a deux procédés, l'un dit de *pochage*, l'autre dont un appareil appelé *machine* constitue l'outillage principal. Ces deux procédés présentent à des degrés divers des inconvénients plus ou moins sérieux pour la santé des ouvriers. D'après ses recherches, M. Hillairet pense que l'estomac est le seul organe où l'élément plombique de la poudre d'émail employée à la fabrication du verre-mousseline puisse être converti en sel soluble, et où par conséquent l'absorption puisse s'effectuer. La marche lente de l'intoxication saturnine chez les ouvriers en verre mousseline est proportionnée à la faible quantité des poussières ingérées et converties.

Comme moyens préventifs, l'auteur propose :

De séparer les ateliers dits du *pochage* et de la *machine*; d'installer une seule rangée de tables dans l'atelier de pochage (ces tables seraient surmontées de hottes communiquant avec des cheminées de tirage); d'installer la machine dans une salle largement ouverte de tous côtés; d'interdire l'usage des roues à godet ou à palettes; de n'employer que le soufflage, de recommander aux ouvriers de porter un mouchoir devant la bouche et les fosses nasales pendant le brossage des verres; d'interdire de la manière la plus formelle aux ouvriers de déposer leurs aliments dans les ateliers ; enfin, d'exiger qu'ils se lavent complétement les mains, la bouche et le visage avant les repas et à la sortie des ateliers. (*Acad. de méd.*, 7 mars 1865.)

Nouvelle pince à tordre les polypes du larynx. M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle pince à tordre les polypes du larynx.

Cet instrument se compose d'une tige à maillons brisés dans la partie courbe et se terminant par une pince dont les deux branches sont à ressort. Cette tige-pince A est maintenue dans une gaîne pourvue d'une rondelle,



qui sert de point d'appui à l'opérateur pour la faire avancer ou reculer, afin d'ouvrir ou de fermer les branches de la pince ; lorsque le polype est saisi, l'opérateur n'a plus qu'à imprimer au manche de l'instrument un mouvement de torsion et de traction. Cette manœuvre permet d'extraire le polype en le pédiculisant, et met à l'abri des hémorrhagies.

En variant la forme et les dimensions, le même système pourrait être appliqué à l'extraction des polypes utérins et pharyngiens.

VARIÉTÉS.

Etudes médicales sur le tabac.

Lues à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 21 février 1865, par M. Jolly, membre de l'Académie.

L'hygiène ou la science de la santé n'est plus seulement, comme on l'avait dit, le vestibule de la médecine; elle en est le véritable sanctuaire, le foyer lumineux, d'où rayonnent sur elle ses plus vives clartés; et peut-être saura-t-elle un jour prendre la place de la médecine elle-même, en s'éclairant de plus en plus des progrès de la physique, de la chimie, de la météorologie et de toutes les sciences qui lui sont tributaires, en s'identifiant à une physiologie plus positive; en dictant à la pathologie ses lois; en se substituant à ces vaines médications qui n'ont souvent d'autre règle que la théorie de la veille ou le caprice du moment, d'autre autorité que le prestige éphémère d'un nom magique ou d'un ambitieux empirisme.

Mais pour accomplir sa destinée, l'hygiène a besoin aussi d'explorer les régions sociales et de s'initier aux mœurs contemporaines; elle a besoin même de pénétrer jusque dans le cœur de la famille pour y découvrir les influences physiques et morales que la civilisation y introduit chaque jour, et qui peuvent être pour elle autant de sujets d'étude dont l'importance ne pourrait être méconnue, bien qu'elle n'ait pas toujours été suffisamment comprise.

Pour justifier cette vérité, je ne prendrai qu'un seul fait comme exemple, mais un fait bien patent, s'il n'est le plus patent et le plus vulgaire de tous.

Une plante à la fois fétide, âcre et vénéneuse, que repoussent également son odeur et sa saveur, qui frappe de vertiges, de nausées, de vomissements et d'une sorte d'ivresse ceux qui l'approchent ou en reçoivent le contact pour la première fois; une plante qui finit par jeter dans la torpeur, la paralysie même ceux qui ont eu le triste courage de surmonter ses premiers effets pour se condamner à l'habitude plus triste encore de son usage; une plante qui, en raison même de ses propriétés vénéneuses, aurait dû rester sous clef dans les officines de la pharmacie pour y attendre les rares applications qu'elle peut fournir à la thérapeutique, en un mot le tabac, que chacun a déjà pu nommer; le tabac, voilà ce qu'un peuple sauvage a légué à l'Europe civilisée comme fruit précieux de sa conquête; voilà ce qu'au dix-neuvième siècle, la société française a trouvé de mieux pour divertir ses loisirs et charmer ses ennuis; pour parfumer ses rues, ses promenades, ses salons, ses boudoirs et, j'ose à peine le dire, jusqu'à sa couche conjugale; voilà le sujet que je me propose d'étudier aujourd'hui devant l'Académie, comme un de ceux qui intéressent au plus haut degré la santé publique, la science et l'administration sanitaire.

Je ne sais tous les écueils qui m'attendent dans cette voie périlleuse où je m'engage, où je ne trouverai peut-être que le regret d'avoir vainement troublé bien des jouissances; mais que les fumeurs et les priseurs se rassurent du moins sur mes intentions; je n'ai nulle envie, en aurais-je même le pouvoir, de leur enlever leur bonheur; je viens seulement leur donner quelques avertissements et quelques conseils; je viens leur dire que si le tabac a pour eux des charmes que je n'ai pas su apprécier, il a aussi des dangers qu'il m'a été permis d'observer et de constater, et que je tiens à leur faire connaître, et j'aime à croire que l'administration elle-même ne me saura pas mauvais gré d'avoir appelé

toute sa sollicitude sur le côté hygiénique d'une question qui, à ce titre seul, doit également mériter toute son attention.

Le tabac, comme on le sait, ne date pourtant pas d'hier ; car des historiens lui donnent une origine aussi ancienne que le nouveau monde. Mais son importation en Europe ne paraît pas remonter au delà du seizième siècle. On la doit à un missionnaire espagnol du nom de fray Romano Pane, qui avait été transporté en Amérique par Christophe Colomb, pour y convertir ses habitants au christianisme. Ce bon religieux ayant observé, chez les prêtres du grand dieu Kiwasa, des effets d'exaltation fanatique dus à la vapeur enivrante des feuilles de tabac en fermentation ou en combustion, eut l'idée d'en envoyer de la graine à Charles-Quint, ne se doutant probablement pas qu'il faisait alors hommage à son souverain des premiers germes d'une révolution qui devait un jour envahir et asservir le monde.

Telle paraît être du moins l'origine de la culture du tabac en Europe. C'était en 1518, époque non moins féconde en superstitions et en frivolités qu'en événements et en personnages historiques. L'île de Cuba fut d'abord choisie pour cette culture, et elle eut longtemps le privilége exclusif de l'exploitation et de la vente de ses produits, en raison de la supériorité qu'ils avaient sur tous les tabacs étrangers. Le Portugal, qui avait porté ses regards sur cette nouvelle culture, ne tarda pas à suivre l'exemple de l'Espagne, en cultivant aussi le tabac dans plusieurs endroits du Brésil; et c'est en voyant chaque jour s'en accroître le débit qu'il eut, le premier, l'idée de le soumettre au régime fiscal. C'est aussi vers cette époque que le cardinal de Sainte-Croix, nonce du pape en Portugal, importa le tabac en Italie, ce qui lui fit donner également le nom d'herbe de Sainte-Croix. Mais déjà les Anglo-Américains, à l'instigation de l'amiral Dracke, avaient su défricher une partie des déserts de la Virginie et du Maryland pour y cultiver le tabac.

Le tabac était donc déjà un objet de culture, en même temps qu'une source de revenus dans une grande partie de l'Europe, lorsqu'en 1560, Jean Nicot, ambassadeur de France à Lisbonne, qui avait cultivé dans son jardin et expérimenté sur lui-même la poudre de tabac contre la migraine, eut l'idée d'en offrir à la reine Catherine de Médicis, comme un remède souverain contre cette maladie.

Jusqu'alors, le tabac n'avait été employé que sous forme fumigatoire, et à l'aide d'appareils qui ont dû subir bien des modifications avant d'arriver à l'état où nous les voyons aujourd'hui. Mais cette fois il ne s'agissait plus d'aspirer la fumée de la plante, il fallait en inspirer la poudre par le nez; et c'est ainsi que l'on a pu dire que le tabac, après avoir voyagé par terre et par mer, dans une grande partie de l'Europe, avait fini par faire son entrée en France par la voie des narines.

Le moment ne pouvait être mieux choisi, ni l'occasion plus opportune; la reine, qui était atteinte d'une migraine des plus opiniâtres, ainsi que son fils, François II, accueillit le remède avec la faveur et l'empressement que l'on donne toujours facilement à un remède nouveau et venant de loin, à un remède s'offrant avec toutes les apparences d'un spécifique certain. On ne dit pourtant pas si ce prétendu spécifique eut le succès qu'on en espérait, si les deux augustes malades furent guéris de leur migraine. On sait du moins que si, depuis cette époque, la migraine fut souvent le prétexte de l'usage du tabac comme remède, l'expérience en a bien rarement justifié l'efficacité.

Mais le succès n'était déjà plus nécessaire à la fortune du remède. Sous un si

haut et si puissant patronage, le tabac pouvait faire facilement son chemin, aussi bien à la ville qu'à la cour, et l'on vit, en effet, son usage se propager avec une incroyable rapidité dans toutes les classes de la société : riches et pauvres, hommes et femmes, malades et bien portants, chacun muni de son petit rouleau de tabac et de la râpe qui devait le réduire en poudre, voulait en user, et c'était à qui en prendrait et en offrirait. Loin de s'affaiblir par le temps, comme il arrive bien souvent, même des meilleures choses, l'usage du tabac ne fit que s'accroître, à ce point que, sous les règnes de Louis XIII et de Louis XIV, il était, pour ainsi dire, d'étiquette de se présenter à la cour la râpe en main, le jabot tout saupoudré de tabac, le nez plus ou moins farci de la précieuse poudre, les joues quelque peu teintes de sa couleur, et tous les vêtements bien parfumés de son odeur. Quelques-uns de nos contemporains ont pu encore voir des restes de cette mémorable époque.

Mais les râpes, quoique devenues alors un objet de luxe, le disputant dans le monde à celui des plus riches éventails, les râpes ne pouvaient guère survivre aux perfectionnements de l'art dans la pulvérisation du tabac, et c'est alors que vinrent les tabatières, déployant à leur tour un luxe de richesse quelquefois fabuleux, tandis que les râpes, dont on retrouve à peine la tradition dans quelques localités du Limousin et de la Bretagne, allèrent se reléguer à tout jamais dans les collections de *bric-à-brac*, où elles figurent encore comme souvenirs du temps. Toujours est-il que les râpes et les tabatières eurent, en France, une grande part à l'immense consommation du tabac; car, jusqu'à présent, il ne paraît pas qu'aucun peuple ait porté aussi loin l'usage de priser, et, cela, en dépit de toutes les critiques et de toutes les railleries de ses adversaires, en dépit des conseils de la médecine, en dépit même de l'autorité souveraine des rois et des papes.

Parmi les nombreux écrits qui vinrent alors éclairer le public sur l'usage du tabac, on connaît plus particulièrement ceux de Néaudier, de Marber, de Baillar, de Broussac, de Trévoux, de Hecquet, du père Labat, et surtout la thèse si célèbre de Fagon, devenu premier médecin de Louis XIV, thèse qui eut alors tout l'éclat que devaient lui donner l'importance et la nouveauté du sujet, le nom et le talent de l'auteur, mais qui ne devait pourtant convaincre personne, pas même la docte Faculté de l'époque, qui subissait elle-même le joug de la mode pendant l'argumentation de la thèse, et le tabac n'en continua pas moins sa marche toujours envahissante comme pour prouver au monde tout ce que la puissance de l'imitation peut sur l'esprit humain, je dirais presque sur les destinées d'une nation.

Ivre de ses succès, le tabac, sous sa nouvelle forme, voulut même un jour repasser les mers pour aller tenter fortune jusqu'en Orient, là où l'on ne connaissait encore que la fumée du tabac et le luxe des pipes ; mais il est vrai de dire qu'il y fut assez mal accueilli; l'innovation déplut tellement au sultan Mahomet IV, qu'il la défendit dans ses Etats sous peine de mort, et il en fut de même d'un grand-duc de Moscovie, qui faisait pendre impitoyablement tous ceux qui étaient pris en flagrant délit de priser. Moins sévère que les sultans, un roi de Perse se contentait de faire couper le nez à tous les priseurs, et, sous les règnes de Jacques I[er] d'Angleterre et de Christian IV de Danemark, les délinquants n'avaient déjà plus qu'à subir des amendes pécuniaires ou tout simplement la peine du fouet. On sait d'ailleurs qu'une bulle du pape Urbain VIII excommuniait tous ceux qui prenaient du tabac dans les églises. Mais on sait

aussi ce que peuvent la contrainte et la raison contre la puissance de la mode, qui sera toujours le premier tyran des sociétés et des nations.

On ne fumait pourtant pas encore en France, bien que la pipe n'y fût pas interdite ; mais on fumait déjà beaucoup dans toute la Péninsule, dans tous les pays du Nord, en Hollande, en Belgique, en Suisse, en Prusse, etc., et, tout en accueillant les fumeurs étrangers avec son esprit de courtoisie nationale, la France s'en tenait presque exclusivement à sa prise de tabac, et semblait encore protester contre un usage qui a pu être considéré jusque dans ces derniers temps comme incompatible avec les mœurs françaises.

Louis XIV ne fumait pas, mais il souffrait du moins les fumeurs, et l'on sait que Jean Bart fut l'un des premiers personnages qui introduisit la pipe à la cour, alors que déjà tous les marins se donnaient au dehors le plaisir de la pipe et de la chique, et se distinguaient ainsi du reste de l'armée; mais, en pareil cas, l'exemple gagne bien vite, n'eût-il d'attrait que celui de la curiosité, comme il arriva, dit-on, aux filles du grand roi, qui, voulant un jour se donner cette satisfaction, à l'insu de leur gouvernante, furent surprises par l'arrivée imprévue de l'auguste père, qui en resta tout stupéfait. Bientôt l'armée de terre, les officiers d'abord, puis les soldats, se prirent aussi à fumer.

Ce fut surtout pendant la guerre de Hollande, au siége de Maestricht, sous le ministre Louvois, que l'usage de la pipe devint presque général dans l'armée. L'expérience avait déjà appris, et l'on savait que le tabac émousse la sensibilité et l'appétit; qu'il peut atténuer le besoin de la faim, et tenir presque lieu d'aliment en cas de disette; et c'est ainsi que la pipe et le briquet devinrent en campagne des objets inséparables du fourniment du soldat, et que l'on s'occupait presque autant de l'approvisionnement du tabac que de celui des vivres. Si le soldat n'y trouvait pas précisément un succédané de ration, il y trouvait du moins un moyen de distraction, et l'on disait alors :

Que faire en un bivac, à moins que l'on ne fume ?

Aujourd'hui, ce n'est plus seulement l'armée de terre et de mer qui fume, c'est la France entière ; ce n'est plus seulement au bivac que l'on se donne ce genre de distraction, c'est partout, en tout temps, et dans tous les rangs de la société, depuis le sommet des trônes jusqu'à la plus chétive demeure du pauvre : princes et ministres, maîtres et valets, riches et pauvres, grands et petits, tout le monde fume ; on fume à pied, à cheval, en voiture, en waggon, au travail, au repos, toujours et partout. Il n'y a plus guère d'interruption que pour les heures de repos et de sommeil, et bientôt aussi l'on se demandera :

Que faire en un *salon*, à moins que l'on ne fume ?

L'âge même ne suffit déjà plus pour interdire l'usage du tabac ; l'adolescent fume, l'enfant, le jeune écolier voudraient bien aussi fumer, n'étaient la surveillance paternelle et la discipline des maîtres, n'étaient, plus encore, les vertiges, les vomissements et tous les symptômes d'ivresse qui viennent les arrêter. Je sais pourtant des parents qui, par une étrange faiblesse, tolèrent, s'ils n'encouragent dans leurs enfants cette triste habitude ; je sais même une Ecole du gouvernement où l'on favorise ouvertement le goût de fumer, en prenant soin de mettre à la disposition des élèves, dans leurs quartiers respectifs, tous les moyens de le satisfaire ; comme s'il fallait absolument débuter par le cigare, dans des études sérieuses, et comme si un pareil noviciat était bien nécessaire à la carrière des sciences, des armes et des lettres. L'expérience ne paraît guère l'avoir prouvé jusqu'à ce jour, car dans telle autre Ecole du gouvernement

bien connue, l'on peut compter, chaque année, au terme des études, autant de *fruits secs* que d'élèves qui se sont spécialement distingués dans les exercices de la pipe ou du cigare.

Qui croirait cependant qu'un médecin dont il faut peut-être taire le nom par respect pour son titre autant que par égard pour la science, qui croirait qu'un médecin a pu avoir la singulière pensée de proposer l'usage de fumer comme mesure salutaire à introduire dans le régime des lycées ? Pour avoir raison de sa proposition, l'auteur avait cru dévoir s'adresser à l'Académie des sciences, qui, comme on le pense bien, a dû, pour toute réponse, passer à l'ordre du jour. S'il nous était permis d'émettre une simple réflexion à ce sujet, nous dirions à notre confrère que la question était trop grave pour en faire une plaisanterie, et, au besoin, nous lui recommanderions, pour son édification, la lecture d'un curieux travail de Langoult, publié en 1750, sous ce titre : *De tabaci communi juvenilis œtatis pernicie* ; travail qui, après plus d'un siècle, a conservé tout son intérêt d'actualité et toute sa valeur hygiénique dans la question.

Quoi qu'il en soit, on aura facilement une idée de l'immense progression de l'usage du tabac en France, par celle des chiffres de comparaison qui suivent :

En 1832, l'impôt fiscal du tabac ne rapportait encore au Trésor que 28 millions ; chiffre resté presque invariable depuis 1792, les deux tiers étant attribués au tabac à priser et le tiers au tabac à fumer.

En 1842, le tabac donnait déjà un revenu annuel de 80 millions, dont le tiers seulement en tabac à priser et les deux tiers en tabac à fumer.

En 1852, le revenu du tabac s'élevait à près de 120 millions, dont un quart au plus pour le tabac à priser, les trois quarts environ pour le tabac à fumer.

En 1862, le chiffre du revenu du tabac a pu s'élever à 180 millions, dont un cinquième à peine pour le tabac à priser, le reste pour le tabac à fumer.

En 1863, on parle du chiffre brut de 216 millions, représentant un sixième seulement pour le tabac à priser, le reste pour le tabac à fumer.

En 1864, on *espère* mieux encore. Ce qui revient à dire qu'il faut encore le *craindre*, dans l'intérêt de l'hygiène, ainsi qu'il nous sera facile de le démontrer. Ce qu'il faut déjà faire remarquer, c'est que depuis 1832 la consommation du tabac en poudre est restée à peu près stationnaire, tandis que celle du tabac à fumer s'est constamment accrue ; et ce qui est encore digne d'attention, c'est que, dans les départements où la consommation individuelle est plus forte, celle du tabac à fumer l'emporte de beaucoup sur celle du tabac à priser, tandis que le contraire a lieu dans les départements où la consommation est plus faible.

Peu de personnes se privent aujourd'hui du plaisir de fumer, et le tabac a su triompher de tous les instincts de l'organisme, de toutes les protestations de la science et de la raison, même de tous les pouvoirs coercitifs qui lui ont été opposés ; et il a su opérer sa révolution dans l'économie sociale et domestique, dans les mœurs publiques et privées, dans les finances de l'Etat, dans la santé publique, et jusque dans le mouvement de la population.

Le tabac mériterait donc également toutes les méditations du philosophe et du moraliste, de l'homme d'Etat, de l'économiste et du médecin. Mais il ne pouvait me convenir d'entrer dans un aussi vaste champ d'études, et je laisserai volontiers une partie de cette tâche à des esprits plus compétents et peut-être plus charitables que moi, pour dire ce que coûtent à la France les 20,000 hectares d'excellentes terres que la culture du tabac prend à l'agricul-

ture; pour dire aussi quelle part il faut attribuer à l'incurie des fumeurs, dans le nombre toujours croissant des incendies qui désolent nos villes et nos campagnes; pour dire même tout ce que l'usage du tabac a pu introduire d'abus dans la société et dans la famille; car, il faut bien le reconnaître, c'est sous le régime du tabac que l'on a pu voir de bien funestes coups portés à l'urbanité française aussi bien qu'à l'esprit de famille; de même que c'est aussi avec l'abus de la pipe que l'on a vu s'introduire dans la famille, comme dans la société, l'exemple de l'intempérance et, comme l'un de ses tristes résultats, le dénûment et la faim; car il n'est personne qui ne sache qu'il faut plus d'argent à bon nombre de fumeurs, pour la dépense de leur tabac, qu'il n'en faudrait pour le prix du pain d'une famille entière, tant il est vrai qu'il en coûte plus pour nourrir un seul vice que pour pratiquer toutes les vertus du monde.

Mais à d'autres de s'éclairer par eux-mêmes et de méditer sur la gravité du sujet; à nous de rester dans les limites de la question hygiénique pour dire au moins ce que l'abus du tabac peut coûter à la première fortune d'une nation, à la santé publique.

C'est en voyant, chaque année, d'après les statistiques officielles, s'accroître, avec le revenu fiscal du tabac, toutes les maladies des centres nerveux, telles que les maladies mentales, les paralysies générales, les paraplégies, les ramollissements du cerveau, certaines maladies cancéreuses, etc.; c'est en voyant les hôpitaux, les maisons de santé se peupler de plus en plus de ces diverses affections, et toujours dans des rapports directs avec le chiffre croissant du tabac; c'est sous l'impression d'une autre coïncidence non moins saisissante, celle du mouvement jusqu'alors progressif de la population s'arrêter devant le chiffre toujours ascendant de la consommation du tabac, que je me suis demandé s'il n'y avait pas là un grave sujet d'étude et de méditation pour la médecine; si l'hygiène, à son tour, n'avait pas aussi à compter avec le fisc, et si les 200 et quelques millions que le Trésor encaisse annuellement, comme produit de la consommation du tabac, pouvaient racheter le dommage qu'il cause à la santé publique? Et c'est en présence de telles questions que je me suis mis à la recherche des faits qui pouvaient le mieux les éclairer. Les faits, il m'a été bien facile de les trouver pour les suivre et les étudier partout où j'ai pu les rencontrer, dans les individus, dans la famille, dans la société, dans les maisons de santé, dans les hôpitaux, dans les manufactures de tabac, en France et à l'étranger; et, s'il faut le dire, les résultats de cette enquête sont tels, que je voudrais pouvoir me les dissimuler à moi-même, et que j'ose à peine les faire connaître, tant ils sont tristes, tant j'en demeure étonné.

Pour apprécier à leur juste valeur les effets physiologiques et pathologiques du tabac, il convient pourtant, avant tout, de tenir compte de son mode de consommation et de ses différences de composition chimique, comme pouvant surtout les modifier d'une manière sensible.

Et d'abord, il faut bien le reconnaître, tant que la France se contenta de *priser* le tabac, au lieu de le *fumer* ou de le *chiquer*, elle n'eut guère à en redouter les effets vénéneux, et sous ce rapport, on a certainement exagéré les dangers de son usage, surtout depuis que le mode de préparation actuelle du tabac à priser a pu le dépouiller d'environ 2 pour 100 de sa nicotine. Mais ce qui a pu être remarqué, en dehors même de l'action *per se* du tabac en poudre, c'est la présence de l'oxyde rouge de plomb déjà signalée, en 1831, par notre honorable collègue M. Chevalier, puis par MM. Otto et Lintner, comme pouvant donner lieu à des effets plus ou moins graves d'intoxication saturnine et

qu'il importe au moins de signaler à l'attention des priseurs. Mais en général, les priseurs n'ont guère à subir que l'action locale ou directe d'un agent irritant dont l'odeur ammoniacale peut bien ne pas être du goût de tout le monde, mais qui ne donne lieu généralement qu'à des effets purement locaux, à savoir : de provoquer l'éternument, qui a pu être quelquefois un remède plus ou moins salutaire, mais déjà bien innocent : d'augmenter la sécrétion nasale qui peut tenir lieu d'une dérivation plus ou moins efficace, dans des cas d'opportunité, mais qui, par sa continuité d'action, doit nécessairement émousser la sensibilité de la pituitaire, affaiblir et anéantir même la sensation des odeurs ; un autre effet local du tabac, également bien connu, c'est de donner lieu assez fréquemment à des rougeurs plus ou moins vives des ailes du nez, des yeux et de la gorge, et, pour le dire aussi, d'imprimer à la physionomie certains traits qui suffisent ordinairement pour trahir l'habitude do priser, et même le secret des priseuses :

> Pour faire, à des amants trop faibles d'estomac,
> Redouter des baisers pleins d'*odeur* de tabac.

Rien de tout cela ne pouvait cependant porter atteinte à la santé générale ui abréger la vie, comme on avait pu le dire. Mais le jour où la France se mit à fumer, on peut dire qu'elle commença à s'empoisonner, et si quelqu'un pouvait en douter, je lui demanderais comment il peut en être autrement d'une substance qui, à la dose de quelques gouttes, d'une seule goutte même, tue comme la foudre l'animal le plus vigoureux (Mélier) ; d'une substance qui n'a de comparable pour sa puissance toxique que le curare ou l'acide prussique, et qui est restée pour cela l'agent de destruction le plus sûr et le plus prompt des serpents, chez les peuples sauvages de l'Afrique ; d'une substance enfin que la médecine a dû bannir de la thérapeutique comme le plus redoutable des remèdes végétaux, et que le crime seul a su choisir pour accomplir des projets homicides.

On sait, d'ailleurs, que depuis longtemps les propriétés vénéneuses du tabac ont pu être constatées par la science et l'expérience. On trouve dans tous les auteurs qui ont écrit sur le tabac, dans Murray, Zimmermann, Lassone, Macartheney, Bischoff, Montain, Orfila et tant d'autres une foule de faits d'empoisonnement, soit comme résultats imprévus d'applications thérapeutiques, internes ou externes, soit comme cas d'homicides, volontaires ou involontaires, soit par calcul, imprudence ou autrement. Une simple infusion de quelques feuilles de tabac, prise en lavement, a pu donner la mort, au grand étonnement de ceux qui avaient cru pouvoir la conseiller. Des feuilles sèches de cette plante appliquées simplement sur la peau ont également produit des accidents plus ou moins graves d'empoisonnement. Des aiguilles dont le fil avait été trempé dans l'huile essentielle de tabac, ont pu donner la mort après avoir traversé la peau ou d'autres tissus vivants. Quelques gouttes de la même substance, déposées sur la langue ou sur une plaie, introduites sous les paupières ou sous l'épiderme, ont suffi pour tuer, en quelques minutes, des animaux pleins de vie et de santé. Tout le monde connaît d'ailleurs les expériences de Wilson, de Brodie, d'Orfila ; celles plus récentes de notre savant collègue M. Cl. Bernard et celles que M. Descaine a fait connaître dernièrement à l'Académie des sciences, tendant à prouver que le tabac en feuilles et le tabac réduit en poudre sont doués au même degré de propriétés vénéneuses affectant également et spécialement les centres nerveux, frappant le cœur de paralysie et pouvant ainsi donner lieu à une syncope mortelle. Tel paraît avoir été le sort de notre célèbre poëte San-

teuil, qui, dans un repas de joyeux amis, fut frappé d'une mort presque instantanée, après avoir bu avec confiance, et d'un seul trait, un verre de vin d'Espagne dans lequel un imprudent convive avait pris plaisir à verser tout le contenu de sa tabatière.

Plusieurs cas d'angine de poitrine observés par notre honorable collègue M. Beau, dans son service clinique de l'hôpital Cochin, chez des sujets qui avaient fait abus du tabac, viennent encore confirmer l'expérimentation physiologique et justifier l'action spéciale de cette substance sur l'innervation du cœur.

Mais qu'est-il besoin de multiplier les faits pour démontrer la puissance toxique du tabac? Ce qu'il importe de savoir, c'est que toutes les variétés de cette plante n'ont pas, à beaucoup près, le même degré d'activité; c'est que le tabac, qui tient ses propriétés vénéneuses de la présence de la nicotine, est d'autant plus actif qu'il est plus saturé de ce principe alcaloïde. Or, l'analyse chimique des diverses espèces ou provenances de tabac a pu établir sous ce rapport des différences notables, qui méritent d'être signalées à la science de l'hygiène et à l'attention des fumeurs.

Si les Orientaux, les Turcs, les Grecs, les Brésiliens, les Hongrois fument presque impunément quoique d'une manière si démesurée, c'est que le tabac indigène dont ils font usage ne contient que de très-faibles proportions, quelquefois aucune trace de nicotine, tandis que d'autres peuples, les Anglais, les Ecossais, les Suisses, les Suédois, les Norwégiens, les Belges, les Français, subissent d'une manière beaucoup plus sensible les effets physiologiques du tabac, ainsi que l'expérience l'a trop généralement démontré. — Il faut bien se rappeler d'ailleurs que, non-seulement le tabac a des effets variables en raison de ses degrés de saturation de nicotine et des combinaisons qu'il subit par les mélanges des espèces manufacturées, mais qu'il a des succédanés nombreux et pour la plupart bien innocents. On sait, par exemple, que la Turquie, l'Inde et la Chine, outre leurs tabacs indigènes, fument l'opium avec ses combinaisons de parfums; que des provinces du Nord, notamment la Sibérie, fument le fongus, qui est une substance spongieuse à peu près inerte; que la Perse et toute l'Afrique, depuis le Maroc jusqu'au cap de Bonne-Espérance, fument le cannabis et le haschich, qui ne donnent lieu qu'à une ivresse et à des hallucinations passagères; que l'archipel indien, le Pérou et la Bolivie fument, de toute antiquité, le bétel et le coca; que certaines populations anglaises, écossaises, allemandes, etc., fument simplement le houblon, le thé, l'anis et autres substances également inoffensives.

Un savant Anglais, James Johnston, a même essayé de faire la part de chaque pays dans la distribution des substances affectées à l'usage de fumer. D'après ses calculs, que nous ne prétendons pas garantir, 800 millions d'hommes, dans la population de l'univers, fument les diverses sortes de tabac; 400,000, l'opium et ses composés; 300,000, le cannabis et le haschich; 100,000, le bétel; 20,000, le coca, etc. (*Journ. de chim. médic.*, 1856.)

Mais ce qui a paru assez digne de toute l'attention des hygiénistes et des aliénistes, c'est que, jusqu'à présent, l'observation n'a pu encore constater l'existence de la paralysie générale ou progressive dans les nombreuses localités du Levant, où l'on ne fume que du tabac sans nicotine ou ses succédanés. M. Moreau (de Tours), si compétent, si bien éclairé en telle matière par des études qu'il a tenu à poursuivre jusque dans l'Asie Mineure; M. Moreau, après avoir exploré toute cette région en vue d'éclairer l'étiologie des diverses formes

de maladies mentales ; après avoir fait une étude particulière des mœurs locales ; après avoir visité tous les hôpitaux de Constantinople, de Smyrne, de Malte, de toutes les îles de la Méditerranée, n'a pu trouver un seul cas de paralysie générale ou progressive. La cause en est toute simple, toute physiologique, c'est que, dans toutes les régions du Levant, l'on ne s'enivre ni de nicotine, ni d'alcool, ni d'ambition de fortune et de gloire ; on se sature d'opium et de parfums, et l'on s'endort dans la mollesse, la torpeur et la sensualité. On se *narcotise*, mais on ne se *nicotinise pas*, et si, comme on l'a dit, l'opium est déjà pour l'Orient le poison de l'intelligence, le tabac sera peut-être un jour, pour l'Occident, le poison de la vie même. « Serait-il donc vrai que le tabac n'est venu du nouveau monde que pour tuer l'ancien ? » (Montain.)

Le mode fumigatoire est bien loin aussi d'être indifférent aux effets physiologiques du tabac. Pendant longtemps, la pipe fut à peu près le seul moyen dont se servaient, en France, les fumeurs. Ce fut encore Jean Nicot qui, pour compléter le service de l'importation du tabac, eut l'idée de faire venir de Lisbonne de longs chalumeaux de roseau terminés par un petit réchaud d'argent, que représentent encore aujourd'hui les pipes d'argile et d'écume qui sont restées en usage. Vinrent plus tard l'oucka des Turcs, le cadjau des Perses, qui avaient déjà l'avantage de faire passer la fumée du tabac à travers de l'eau, et de la dépouiller ainsi de son huile essentielle et empyreumatique ; puis les pipes du Mogol, avec leurs tuyaux à double courant, enlevant également au tabac ses résidus empyreumatiques ; puis, enfin, les pipes hollandaises, qui, par une disposition analogue, pouvaient faire une juste concurrence aux pipes orientales ; et de là le beau règne des pipes, que l'on vit briller surtout aux plus beaux jours du premier Empire ; de là ce luxe de pipes que les fumeurs émérites étalaient fièrement aux regards d'un public plus ou moins émerveillé.

Napoléon ne fumait pourtant pas ; il avait mieux à faire que cela. « L'homme de génie, a dit Goethe, ne peut cultiver la science et la pipe ; » et s'il y a d'illustres et mémorables exceptions à la règle, il faut pourtant bien reconnaître qu'il y a toujours eu plus de savants priseurs que de savants fumeurs.

Une seule fois Napoléon voulut essayer, en compagnie seulement de Constant, son fidèle valet de chambre, une magnifique pipe qu'il venait de recevoir en cadeau de l'ambassadeur de Perse, et sa déception fut telle, qu'il prit dès lors, et pour toujours, horreur de la pipe. Il disait qu'un pareil plaisir n'était bon qu'à empoisonner les gens ou à désennuyer les fainéants ; mais, comme Goethe, devenu son ami, qui lui offrait sans gêne, dont il acceptait volontiers la prise ; comme Pope aussi, comme Schiller, Locke, Kant, Newton, Boerhaave, et tant d'autres savants illustres, Napoléon, comme on le sait, fut un grand priseur, peut-être le plus grand priseur de son règne, bien qu'il sût toujours se passer de tabatière.

Personne ne saurait douter que notre grand comique ne fût aussi un grand priseur ; mais il y a peut-être lieu de croire que, s'il eût véeu sous le régime des pipes et des cigares, le tabac ne lui aurait pas inspiré l'une des scènes les plus spirituelles de la comédie française.

(La fin au prochain numéro.)

Congrès médical de Bordeaux.

Une réunion de médecins, appartenant aux divers corps savants de Bordeaux, s'est spontanément formée pour s'occuper de l'exécution du projet d'un Congrès médical. Pour associer plus directement le corps médical bordelais à la réalisa-

tion de ce grand projet, la Commission provisoire l'a appelé tout entier à élire au scrutin la Commission définitive d'organisation.

Cette Commission se trouve ainsi composée : MM. Azam, professeur à l'École de médecine; Costes, rédacteur en chef du *Journal de médecine de Bordeaux*, professeur à l'Ecole de médecine; Boisseuil, membre de la Société de médecine; Baudrimont, professeur à la Faculté des sciences; Denucé, professeur à l'Ecole de médecine; Charles Dubreuilh, professeur de l'Ecole d'accouchements, membre de la Société de médecine; Dégranges, secrétaire général de la Société de médecine; Dupuy, président de la Société de médecine; Henri Gintrac, professeur à l'Ecole de médecine; Lacaussade, médecin à l'hôpital Saint-André; Levieux, vice-président du conseil d'hygiène; Méran, rédacteur en chef de l'*Union médicale de la Gironde*, membre de la Société de médecine; Montalier, médecin-adjoint à l'hôpital Saint-André, vice-président de la Société de médecine; Mabit, professeur à l'Ecole de médecine, président de l'Association médicale; Moussous, médecin honoraire de l'hôpital Saint-André; Oré, professeur à l'Ecole de médecine; Reimonencq, membre de la Société de médecine; Sarraméa, médecin à l'hôpital Saint-André, membre de la Société de médecine.

Le bureau de la Commission du Congrès médical est ainsi organisé : Président, docteur Costes; vice président, docteur J. Dupuy; secrétaire général, docteur Charles Dubreuilh; second secrétaire, docteur Azam ; trésorier, docteur Montalier.

La Commission a arrêté les statuts suivants :

Art. 1. Un Congrès médical sera ouvert à Bordeaux le 2 octobre prochain et durera six jours. — Art. 2. Il sera exclusivement scientifique. — Art. 3. L'entrée aux séances sera libre et gratuite. — Art. 4. Le Congrès se composera de membres fondateurs et de membres adhérents. — Art. 5. Les membres fondateurs appartiendront au corps médical de Bordeaux, et payeront une cotisation de 10 francs. — Art. 6. Seront membres adhérents les médecins étrangers à Bordeaux qui en feront la demande à M. le secrétaire général du Congrès (le docteur Charles Dubreuilh, rue Victor, 1). Ils seront exonérés de toute contribution pécuniaire. — Art. 7. Les membres du Congrès, fondateurs ou adhérents, auront seuls droit de prendre part aux discussions. — Art. 8. Les travaux scientifiques du Congrès se composeront : 1° de communications écrites ou verbales, répondant à des questions posées d'avance; 2° de communications dont le choix est laissé à l'initiative des membres. — Art. 9. Les membres du Congrès, fondateurs ou adhérents, qui désireraient présenter au Congrès une communication écrite ou orale sur l'une des questions du programme ou sur un autre sujet, doivent l'adresser (*in extenso* ou sous forme de résumé) à M. le secrétaire général, avant le 15 septembre prochain.

Programme officiellement arrêté des questions qui seront traitées devant le Congrès. (Statuts, art. 8, § 1er.) — I. Du rhumatisme. — II. De l'expectation dans les maladies aiguës. — III. Des formes malignes du furoncle et de l'anthrax. (Des faits bien observés démontrent qu'il existe dans nos pays, en dehors de toute infection charbonneuse, une forme très-grave du furoncle et de l'anthrax, amenant la mort par un état général particulier. Etudier ces accidents généraux, leur nature, leur marche, leurs conditions de développement, leur prophylaxie et leur traitement. Indiquer les pays où des observations semblables ont été faites.) — IV. De la mort subite à la suite des traumatismes et dans l'état puerpéral. — V. De la suppression des tours, au double point de vue de

la morale et de la société. — VI. Des parasites de l'homme tant internes qu'externes, et des moyens qu'il convient d'employer pour les détruire.

NOTA. — Une nouvelle circulaire, envoyée à tous les organes de la presse médicale, fera connaître au corps médical de France et de l'étranger, soit les nouvelles délibérations de la Commission d'organisation, soit le résultat des démarches faites auprès des administrations des chemins de fer pour la réduction des frais de voyage.

Le secrétaire général, Dr Charles DUBREUILH.

Par décret en date du 14 mars 1865, l'Empereur, sur la proposition de Son Exc. le maréchal ministre de la guerre, a nommé dans le corps de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re classe (choix) : MM. Legouest (Venant-Antoine-Léon), médecin principal de 2e classe, professeur à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires ; — Jean-Lagrave (Jean-Hippolyte), médecin principal de 2e classe à l'Ecole impériale polytechnique.

Au grade de médecin principal de 2e classe (choix) : MM. Prud'homme (Charles-Nicolas-Prosper), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Belfort ; — Larivière (Achille-Vincent), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Bordeaux ; — Fuzier (François-Jean-Baptiste), médecin-major de 1re classe aux hôpitaux du corps expéditionnaire du Mexique.

Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur et d'après la présentation faite par la Commission supérieure de l'Orphelinat du Prince Impérial, M. le docteur Lembert, membre du comité pour le troisième arrondissement de Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. Ancien médecin de l'hôpital Saint-Merry ; plus de 30 ans de services.

Par décret en date du 14 mars 1865, l'Empereur, sur la proposition de Son Exc. le maréchal ministre de la guerre, a promu dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : MM. Collin (Eugène-Jean-Mathias), médecin principal de 2e classe à l'hospice civil de Grenoble. Chevalier du 9 août 1854 : 33 ans de services, 16 campagnes.— Dufresne (Jean-Charles), médecin-major de 1re classe au 65e régiment d'infanterie. Chevalier du 8 septembre 1859 : 25 ans de services, 2 campagnes, 1 blessure.

Au grade de chevalier : MM. Bonnard (Jean-Baptiste-Etienne), médecin-major de 1re classe au 58e régiment d'infanterie : 24 ans de services, 10 campagnes ; — Vauthier (Nicolas-René), médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran : 19 ans de services, 13 campagnes ; — Barthe (Jean-Paul-Jules), médecin-major de 2e classe au 9e régiment de chasseurs : 20 ans de services, 9 campagnes ; — Cabaud (Pierre-Alexandre), pharmacien-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran : 22 ans de services, 19 campagnes.

M. le docteur Désormaux, chirurgien de l'hôpital Necker, vient d'être nommé médecin du lycée Louis-le-Grand, en remplacement de M. Michon, chirurgien honoraire des hôpitaux, dont la démission est acceptée.

Les Conférences historiques de médecine et de chirurgie par les agrégés de la Faculté de médecine ont été inaugurées avec le plus brillant éclat par MM. Verneuil et Lasègue.

M. Verneuil a traité des chirurgiens érudits (Antoine Louis).

M. Lasègue avait choisi pour sujet l'Ecole de Halle (Stahl, Frédéric Hoffmann).

Les Conférences prochaines auront lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté le lundi, à sept heures et demie du soir, dans l'ordre et sur les sujets suivants : 2 avril, M. Broca (Celse) ; 10, M. Chauffard (Laënnec) ; 24, M. Trélat (Félix Würtzlus, seizième siècle) ; 1er mai, M. Parrot (Maximilien Stoll) ; 8, M. Le Fort (Riolan) ; 15, M. Lorain (Jenner) ; 22, Follin (Guy de Chauliac) ; 29, M. Gubler (Sylvius et l'iatrochimie) ; 12 juin, M. Tarnier (Levret) ; 19, M. Axenfeld (Jean de Wier et les sorciers) ; 26, M. Béclard (Harvey).

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur l'usage diététique des acides organiques.

Par M. le docteur DURAND-FARDEL.

Il est un sujet de diététique sur lequel beaucoup de médecins n'ont pas, j'ai eu souvent l'occasion de le reconnaître, des idées très-exactes : je veux parler de l'usage des acides organiques. Pour un grand nombre de mes confrères, l'usage des acides, les acidités de l'estomac, les dépôts uriques et d'urates, dans les urines, se lient intimement. Il ne sera peut-être pas sans utilité de reproduire ici quelques considérations que j'ai présentées sur ce sujet à la Société d'hydrologie, considérations, à proprement parler, élémentaires, mais qui, il y a quelques années à peine, auraient paru fort nouvelles, et qui le paraîtront encore aujourd'hui près de beaucoup de stations thermales, dont les médecins ne sont pas assez au courant des notions de chimie physiologique les plus précises.

Les acides organiques qui entrent dans l'alimentation habituelle, principalement sous forme de fruits, de légumes, de boissons, de condiments, sont les acides malique, lactique, tartrique, acétique, citrique, oxalique, combinés avec la potasse et surtout avec la soude. Ce que l'on appelle *acides*, en diététique, il ne faut pas l'oublier, sont en réalité des sels, y compris le vinaigre, le vinaigre du commerce au moins, qu'il ne faudrait pas prendre pour de l'acide acétique pur.

Il faut distinguer d'abord l'action des acides sur l'estomac, ensuite leur passage dans le sang, dans le milieu de l'assimilation, des métamorphoses organiques, finalement dans l'urine.

Or, c'est à titre d'acides qu'ils agissent effectivement sur l'estomac. Il est des conditions très-déterminées de l'estomac où les acides ne sont point tolérés : les gastralgies douloureuses, où la sensibilité de l'estomac est exaltée par le contact des moindres acides, même des siens propres, comme le serait une plaie vive ; puis les dyspepsies acescentes, où l'estomac produit des acides en abondance et ne sait que faire, en quelque sorte, de ceux qu'il renferme. Dans ces cas, les acides organiques, comme les autres, se trouvent naturellement contre-indiqués : non pas, cependant, d'une manière absolue ; car M. Pidoux fait observer que les acides réussissent quelquefois dans les dyspepsies acescentes ; mais c'est le cas le plus rare.

Mais les acides ont traversé l'estomac et pénétré dans le sang. Qu'arrive-t-il? Nous savons, depuis les recherches spéciales de Wœhler et de Milon, celles de Berzélius, de Lehmann, etc., que ces acides subissent dans le sang une oxydation rapide, qui les transforme en eau et en acide carbonique, et les fait retrouver dans l'urine, à l'état de carbonates ; de sorte que l'usage suffisant des fruits qui contiennent ces acides, cerises, fraises, raisins, par exemple, rend l'urine alcaline ([1]). Lehmann a insisté en particulier sur la rapidité avec laquelle les acides lactique, citrique, malique, etc., subissent, dans l'organisme, une oxydation complète ([2]).

Cependant il faut apporter quelques réserves dans l'expression du résultat définitif de l'introduction des acides organiques dans le courant sanguin.

Tous ces acides ne se réduisent pas avec la même rapidité. L'acide oxalique, en particulier, ne paraît pas se réduire toujours d'une manière complète. On retrouve souvent dans l'urine, à l'état d'oxalate de chaux, une partie de celui qui a été introduit dans l'alimentation. Mais cette question de l'acide oxalique est elle-même fort complexe.

On considérait naguère assez généralement l'acide oxalique (oxalates) retrouvé dans l'urine, comme provenant exclusivement de l'alimentation, et l'on croyait que l'organisme lui-même ne faisait pas ou ne faisait guère d'acide oxalique. Aujourd'hui que la présence des oxalates dans l'urine a été reconnue beaucoup plus fréquente que ne le laissait croire la rareté des concrétions oxaliques, on considère au contraire l'acide oxalique comme un des résultats de la métamorphose des tissus, au même titre que l'acide urique, et ne différant de ce dernier que par un degré différent d'oxydation ([3]).

Cette question de l'acide oxalique est donc physiologiquement assez complexe ; mais au point de vue qui nous occupe, elle me paraît assez simple. On est d'accord que l'acide oxalique se distingue des autres acides par une résistance plus grande à l'oxydation, ou quelquefois absolue, au moins pour une partie de celui que l'alimentation a introduit dans l'économie.

Ainsi, lorsqu'on aura quelques raisons d'éviter d'accroître l'aci-

---

([1]) Berzelius, *Traité de chimie*, 1833, t. VII, p. 401 ; Golding-Bird, *De l'urine et des dépôts urinaires*, 1861, p. 190.

([2]) Lehmann, *Précis de chimie physiologique animale*, 1855, p. 308.

([3]) Golding-Bird ; Gallois, *Mémoires de la Société de biologie.*

dité normale de l'urine, on écartera l'acide oxalique de l'alimentation, mais on y laissera les autres acides organiques ; bien plus, on les recherchera, puisqu'ils ont plutôt pour effet d'amoindrir que d'accroître l'acidité de l'urine.

Maintenant, n'y aurait-il pas des exceptions à cette règle ? N'y aurait-il pas des individus chez qui les autres acides organiques résisteraient, comme l'acide oxalique, à l'action de l'oxygène du sang, ou ne se réduiraient qu'incomplétement ; ou, en d'autres termes, n'y aurait-il pas des individus chez qui l'usage des acides organiques, des fruits rouges, par exemple, augmenterait l'acidité de l'urine, ou bien encore des graveleux chez qui l'usage de ces fruits augmenterait les dépôts uriques ?

Je ne le conteste point, et j'ai rencontré moi-même quelques cas de ce genre ; mais ce sont des cas exceptionnels. Il s'agit d'individus chez qui l'assimilation, ou, si l'on veut, la combustion des acides se fait mal, comme dans la gravelle urique la combustion des principes azotiques s'opère incomplétement. Il n'y a pas de doute qu'alors il convienne de supprimer l'aliment dont l'assimilation se fait irrégulièrement ou autrement qu'à l'état normal. Mais il ne faut pas appliquer à ceux chez qui les choses se passent régulièrement ce qui convient à ceux chez qui elles s'opèrent de travers. Or, je maintiens que cette anomalie n'est point commune, et qu'elle n'est pas plus commune chez les goutteux et chez les graveleux que chez les autres.

On a souvent cité, à ce sujet, les opinions de Magendie et son article Gravelle du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Je n'ai pas à revenir sur l'oseille ou sur les dépôts oxaliques, qui sont en dehors de la question. Voici, pour le reste, tout ce que l'on trouve dans cet article : « Je connais une dame qui rend environ 2 gros (8 grammes) de sable rouge dans son urine, le lendemain du jour où il lui est arrivé de manger de la salade. Béclard m'a raconté l'histoire d'un individu qui expulse un ou deux petits calculs par l'urine, toutes les fois qu'il fait usage de fruits crus. » Passe pour le sable rouge ; mais que des fruits fassent des concrétions du jour au lendemain, voici qui aurait peut-être besoin d'être revu.

Il ne faut pas oublier que toutes ces remarques s'appliquent aux acides combinés avec des bases alcalines et non point aux acides libres. M. Mialhe a fort justement insisté sur cette distinction très-nettement formulée par Wœhler. « Si les habitants des campagnes, dit-il, de même que les habitants des pays chauds, peuvent ingérer

sans inconvénient une quantité de fruits acides, pommes, poires, fruits rouges, raisins, citrons, oranges, grenades, tamarins, etc., c'est, d'une part, que des sueurs abondantes, déterminées par les durs travaux ou la haute température, tendent constamment à éliminer les acides et à rétablir l'équilibre des humeurs, et, d'autre part, qu'une différence essentielle existe dans les effets chimiques résultant de l'ingestion des fruits acides et de l'ingestion des acides libres. Les acides contenus dans les fruits s'y trouvent en partie à l'état de sels alcalins susceptibles d'être brûlés par l'oxygène du sang, et d'être transformés en carbonate de potasse; ils contribuent ainsi à l'alcalisation des humeurs, tandis que les acides libres ne présentant pas les mêmes transformations, ne fournissent à l'économie que l'acidité (1). »

Voici donc une question de diététique dans laquelle la théorie de chimie physiologique me paraît tout à fait d'accord avec la pratique hygiénique et médicale.

Cependant M. Reveil a fait, au sujet de l'usage diététique des acides organiques dans la diathèse urique, c'est-à-dire chez les goutteux et les graveleux, une observation sur laquelle je devrai m'arrêter un instant. M. Reveil a fait remarquer que, si l'usage des acides provoque la formation dans le sang, et immédiatement l'apparition dans l'urine, d'acide urique, cela vient de ce qu'en employant, pour passer à l'état de carbonate, une certaine quantité d'oxygène, ils empêchent les combustions organiques de se faire complétement. Au lieu d'urée, produit ultime et plus oxygéné de ces combustions, il se fait de l'acide urique qui représente un degré d'oxydation inférieur de la substance (2).

Le sens de cette remarque est que, dans la diathèse urique, l'acide urique ne trouve pas assez d'oxygène pour passer à l'état d'urée, degré d'oxydation supérieur, et que si l'on vient à introduire des acides organiques qui consommeront une partie de cet oxygène déjà insuffisant, la proportion d'acide urique non transformé en augmentera d'autant. M. Marchal de Calvi a proposé une théorie du diabète conçue exactement dans le même ordre d'idées. Il suppose que le diabète *commun* est toujours consécutif à la diathèse urique et sous sa dépendance, et que si le sucre n'est point réduit dans le sang, c'est que l'acide urique en excès, s'emparant d'une très-grande quantité d'alcali pour se saturer, n'en laisse pas une

(1) Mialhe, *Sur l'emploi et l'abus des acides*, in *Union médicale*, 1848.
(2) *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, t. XI, p. 140.

suffisante quantité pour que la réduction du sucre puisse s'opérer [1].

Il y a évidemment ici abus de la synthèse chimique, et confusion du milieu sanguin organique, avec les milieux analytiques artificiels. Ce ne sont point les éléments qui font défaut aux transformations organiques, mais l'aptitude à l'accomplissement de ces dernières. On n'a nullement démontré l'insuffisance de l'oxygène du sang dans les diverses anomalies qui, portant sur les principes de l'assimilation, caractérisent un certain nombre d'affections diathésiques. On a simplement reconnu qu'il ne s'employait pas dans un sens déterminé. Or, c'est là précisément ce qui constitue la maladie. Si l'oxygène, dans le diabète, ne brûle pas le glycose inspiré, ce n'est pas qu'il manque, puisqu'il y en a toujours assez pour brûler les principes albuminoïdes, gras et alcooliques, que la plupart des diabétiques ingèrent en si grande proportion.

Mais c'est là une grosse question de pathogénie, qu'il n'est pas permis de traiter incidemment. J'ai voulu seulement montrer que l'objection de M. Reveil n'avait pas toute la portée que lui attribue mon savant collègue.

Je dois ajouter quelques mots relatifs aux pratiques suivies près de quelques stations thermales.

A Carlsbad, et dans beaucoup de stations allemandes, les acides végétaux sont proscrits du régime alimentaire. Est-ce en vertu de quelqu'une des théories chimiques que nous avons vu proposer parmi nous, que les médecins allemands apportent dans la diète, pendant un traitement thermal, une sévérité généralement inusitée en France ? J'espère pour eux que non. Je pense que c'est plutôt en vertu de considérations purement diététiques et parfaitement entendues.

En effet, dans la plupart des stations dont il s'agit, Carlsbad, Marienbad, Hombourg, Wiesbaden, etc., les eaux minérales sont purgatives à des degrés divers. Cette action purgative prolongée, que l'on recherche quelquefois, mais dont on n'a peut-être pas toujours besoin, entraîne généralement un état de dépression des forces, auquel succède le plus souvent une réaction salutaire, mais qui mérite cependant une sérieuse attention.

Eh bien, il est clair que, si l'on veut ajouter à de telles eaux minérales un régime relâchant, on ne fera qu'ajouter aux inconvénients

[1] Marchal (de Calvi), *Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale du diabète*, 1864.

qu'une médication déprimante peut avoir pour l'appareil digestif et pour l'ensemble de l'organisme. Il est donc tout à fait sage de recommander alors un régime sévère, une alimentation sèche et fortifiante.

A Vichy, les choses se passent différemment. Les eaux de Vichy ne purgent qu'accidentellement. Elles rétablissent bien, dans beaucoup de circonstances, les fonctions de l'intestin ; mais pas immédiatement. Et les malades qui viennent à Vichy, et qui étaient pour la plupart constipés auparavant, demeurent souvent constipés pendant leur cure, ce qui constitue toujours un état fort désagréable, mais qui, pendant un traitement actif, peut en outre offrir des inconvénients particuliers. Or, l'usage d'une alimentation rafraîchissante, l'usage des fruits rouges en particulier, est tout à fait salutaire à la généralité des malades qui prennent les eaux de Vichy, à ceux, bien entendu, chez qui ce régime ne rencontre pas de contre-indications particulières, et ce n'est pas la gravelle urique qui constitue une pareille contre-indication, tout au contraire.

On a objecté à cela que les médecins de Vichy ne partageaient pas tous ma manière de voir à ce sujet. Cela était vrai, il y a une vingtaine d'années. Lorsque j'ai abordé Vichy pour la première fois, les fruits, le vin, tous les acides étaient proscrits en masse, en vertu des théories chimiques dont M. Petit était l'un des principaux représentants, et qui avaient exercé sur la médecine thermale, en théorie et en pratique, une si déplorable influence. On ne savait pas trop pourquoi on les proscrivait ; mais on disait : ce sont des *acides*, le traitement est *alcalin*, donc cela ne peut pas aller ensemble. J'ai eu le faible mérite d'invoquer sur ce sujet des données chimiques, encore assez récentes, il est vrai, mais qui avaient l'avantage de ramener sur le terrain d'une diététique raisonnable et salutaire. Je puis affirmer que la grande généralité, au moins, des médecins qui exercent à Vichy, en beaucoup plus grand nombre aujourd'hui qu'à l'époque à laquelle je viens de faire allusion, suivent pour le régime des malades soumis au traitement thermal les principes d'une hygiène rationnelle, et qui ne se ressent plus de ces vieilles théories basées sur une chimie oubliée aujourd'hui.

De l'emploi de la teinture d'iode dans le traitement du diabète sucré.

Par M. le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, chirurgien de 1re classe de la marine.

J'ai eu l'occasion d'employer, sur les indications de M. le docteur Ricord, la teinture d'iode dans le traitement du diabète. Les résultats que j'en ai obtenus m'ont paru assez intéressants pour faire l'objet d'une note qui appellera, j'espère, l'attention sur l'action efficace de cet agent nouveau dans la thérapeutique de la glycosurie. Mes expériences n'ont porté que sur deux diabétiques, il est vrai, mais je les ai renouvelées, deux fois chez l'un, trois fois sur l'autre, et toujours avec succès. Ayant eu en outre, il y a quelques mois, l'occasion, très-rare jusqu'ici dans la science, de suivre l'évolution du diabète sucré chez un singe, j'ai expérimenté aussi la teinture d'iode sur lui, pendant que je variais de maintes façons les conditions de son état pathologique. La réussite n'a pas fait défaut non plus dans cette circonstance, de sorte que je suis porté à espérer que nous avons désormais une bonne application de plus de la teinture d'iode.

J'y compte d'autant plus volontiers, que notre célèbre syphiliographe M. Ricord, dont l'immense valeur pratique est assez connue pour que je n'aie pas besoin de la rappeler, m'a dit avoir obtenu, de son côté, des succès très-remarquables (des diminutions de 40 grammes à 10 grammes, de 60 grammes à 12 grammes, dans les quantités de glycose émises par le même malade à huit jours d'intervalle) sous l'influence de quelques doses du médicament, — et que le docteur Debout, de très-regrettable mémoire, dont la grande sagacité était connue, prêtait une certaine créance à l'action de l'iodure de fer dans l'affection diabétique, d'après des faits qu'il avait observés.

Voici, en résumé, les observations qui me sont propres :

1er MALADE. 1er *essai*. — Le 14 janvier 1864, la densité de l'urine de digestion est de 1025. — La quantité de glycose, 8gr,33 pour 1,000 grammes. — Je prescris 10 gouttes de teinture d'iode dans un verre d'eau, à prendre en deux fois.

Le 15 janvier, la densité est de 1024. — La quantité de glycose est de 7gr,75. — Même prescription.

Le 18 janvier, densité 1023. — Glycose, 5gr,50. — Même prescription.

Le 22, densité, 1022. — Glycose, 4gr,50. — Prescription *ut suprà*.

Le 25, densité, 1020. — Glycose, 2gr,10.

Le 26, la teinture d'iode est suspendue.

Le 30, la densité est de 1024. — Il n'y a plus un atome de glycose. Le sucre urinaire ne reparaît que le 9 février.

2e *Essai*. — Le 22 juillet 1864, l'urine a 1030 de densité et contient 8gr,20 de glycose. — 10 gouttes de teinture d'iode en deux fois.

23 juillet, densité, 1028. Glycose, 6gr,80.
24 — — 1027. — 5gr,20.
26 — — 1027. — 4gr,50. Légère poussée goutteuse.
27 — — 1029. — 5gr,80.
29 — — 1026. — 4gr,70. Cessation de la teinture d'iode.
30 juillet, — 1026. — 4gr,10.
31 — — 1022. — 2gr,50.

3e *Essai*. — Le 24 novembre 1864, l'urine a 1032 de densité ; elle contient 36gr,09 de glycose. — 5 gouttes de teinture d'iode, matin et soir.

26 novembre, densité 1029. Glycose, 24gr,60. 6 gouttes d'iode, matin et soir.
27 — — { 1028. — 18gr,50.
{ 1028. — 16gr,25.
28 — — 1028. — 11gr,06. 8 gouttes d'iode, matin et soir.
29 — — 1026. — 9gr,81.
30 — — 1025. — 11gr,07.
1er décembre, — 1031. — 15gr,88. Légers phénomènes d'iodisme, suspension de l'iode.

3 décembre, densité, 1032. Glycose, 17gr,10.
4 — — 1033. — 8gr,55.
5 — — 1029. — 6gr,10.

2e malade. 1er *essai*. — Le 8 février 1864, la densité de l'urine de digestion est de 1030. — La quantité de glycose, 16gr,10 pour 1,000 grammes. — 5 gouttes de teinture d'iode matin et soir.

9 février, densité, 1030. Glycose, 16 gramm. Même prescription.
10 — — 1028. — 15gr,20. —
12 — — 1027. — 10gr,60. —
15 — — 1025. — 5gr,30. —
16 — — 1023. — 4gr,50. —
18 — — 1025. — 4gr,00. —

19 février, densité, 1022. Glycose, 3^{gr},50. Même prescription.
20 — — 1022. — 3^{gr},20. La teinture d'iode est suspendue.

2e *Essai.* — Le 3 mai 1864, la densité de l'urine est de 1035. — La quantité de glycose de 20^{gr},50. — 5 gouttes de teinture d'iode, matin et soir.

4 mai, densité, 1030. Glycose, 18^{gr},20.
6 — — 1030. — 15^{gr},00. 10 gouttes d'iode, *id.*
9 — — 1025. — 8^{gr},40. —
10 — — 1025. — 5^{gr},80. —
13 — — 1030. — 7^{gr},50. —
14 — — 1029. — 9^{gr},20. La teinture d'iode est suspendue. — Quelques légers phénomènes d'iodisme.
17 mai, densité, 1024. Glycose, 5^{gr},20. 10 gouttes d'iode, *Id.*
18 — — 1024. — 5^{gr},40. —
19 — — 1022. — 5^{gr},10. —

Ces faits sont assez favorables, on le voit; chez le premier malade, j'ai eu les chutes suivantes :

de 8^{gr},33 à 0^{gr},00 en seize jours.
de 8^{gr},20 à 2^{gr},50 en dix jours.
de 36^{gr},09 à 6^{gr},10 en treize jours.

Chez le second malade :

de 16^{gr},10 à 3^{gr},20 en douze jours.
de 20^{gr},50 à 5^{gr},10 en seize jours.

Enfin j'ajoute ici les chiffres que porte mon observation de ce singe diabétique dont j'ai parlé précédemment [1] :

de 28 grammes à 2^{gr},50 en vingt-sept jours.
de 8 — à 2^{gr},50 en quatre jours.
de 6 — à 2^{gr},50 en quatre jours.

J'ai essayé aussi la teinture d'iode, aux mêmes doses, chez un troisième malade, dont les urines ont contenu de la glycose, à un certain moment, dans le cours d'une affection qu'il me serait bien difficile de nommer, n'ayant pas porté un diagnostic précis pendant la vie, et n'ayant pu faire l'autopsie. Voici le fait, qui est intéressant à plus d'un titre, mais qu'à mon grand regret je considère comme perdu pour la science, n'ayant pu en déterminer la nature.

---

[1] Cette observation, curieuse à plus d'un titre, a fait l'objet d'une note présentée à l'Institut, le 9 mai 1864, et a été insérée *in extenso* dans les mémoires de la Société de biologie, séance du 7 mai 1864. L'animal a eu, dans le cours de l'affection, la gangrène, l'amaurose, les convulsions épileptiformes, etc., etc., qu'on a observées souvent chez l'homme diabétique.

X***, âgé de vingt-deux ans, de taille élevée, de tempérament nerveux et sanguin, d'excellente constitution, n'ayant pas eu de maladie sérieuse jusque-là, de vie sobre, est pris, au commencement de 1864, de douleurs dans la tête ; il croit avoir la migraine, et ne tente rien pour s'en débarrasser. Il présente, en avril et juillet, un peu d'état saburral que je combats par du sulfate de soude, et je suis frappé chaque fois de l'aspect de ses yeux, que je ne puis mieux comparer qu'à l'état d'hyperhémie conjonctivale du typhus ; mais X*** n'y fait pas attention, et ne s'observe pas, malgré mes recommandations.

Au commencement de septembre, il est envoyé à l'hôpital pour un troisième embarras gastrique ; bientôt sa vue diminue sans raison appréciable en peu de jours. On diagnostique une amaurose congestive, qui est traitée par les purgatifs et les émissions sanguines, pendant près d'un mois, sans la moindre amélioration.

Quand il est replacé sous ma direction, l'amaurose persiste, et l'examen ophthalmoscopique ne révèle qu'un peu de congestion de la pupille. Un peu de surdité se manifeste bientôt, et va s'accroissant d'une manière lente, mais continue ; puis la langue devient paresseuse, etc. J'ai essayé en vain, pendant cinq mois, tous les agents imaginables pour lutter contre cet état : saignées locales, vésicatoires, cautérisations actuelles, frictions irritantes, etc., d'une part ; calomel à doses purgatives ou réfractées, drastiques et tous les autres purgatifs, alcalins à haute dose, iodure de potassium, arsenic, d'après la méthode de M. Lamarre-Piquot (de Honfleur), d'autre part ; j'ai épuisé tout ce que mon imagination m'a suggéré, ce que quelques-uns de mes confrères, notamment mon excellent ami le docteur Piasecki (du Havre), m'ont proposé : rien n'y a fait. Nous n'avons pu avoir, même pour un instant, une action, quelque faible qu'elle fût, sur la marche croissante de la maladie, qui emportait le malade vers la fin de février 1865.

Or, au commencement de décembre, sans qu'il se fût manifesté aucun changement appréciable dans l'état de X***, la soif devint tout à coup vive, les urines abondantes, et l'analyse, qui m'avait révélé seulement jusque-là une augmentation des urates, m'indiqua de la glycose, 12 et 14 grammes par litre. Je prescrivis aussitôt la teinture d'iode : le sucre diminua dès le lendemain, et cinq jours après je n'en trouvais plus un atome. La quantité d'urine avait diminué parallèlement ; de plus de trois litres, elle s'était réduite aux chiffres physiologiques (1,200 à 1,500 grammes en vingt-quatre heures). J'ai continué la teinture d'iode, aux doses de 15 et

20 gouttes par jour, pendant plus d'un mois, et je n'ai plus rencontré de glycose dans les urines, qui sont restées peu abondantes, mais la maladie n'en a pas moins continué sa marche fâcheuse.

Je ne prétends pas donner à ce fait plus d'importance qu'il n'en peut avoir; je ne veux surtout, sous aucun prétexte, qu'on puisse croire que j'ai attaché dans ce cas une signification exagérée à l'apparition de la glycose urinaire. Je ne présente pas mon malade comme un diabétique, et l'apparition du sucre, qui n'a été qu'un symptôme très-secondaire de la lésion cérébrale, pouvait, par conséquent, être éphémère comme elle était tardive; cependant, j'écarte la question de pure coïncidence entre la médication iodique et la diminution de la glycose. Je crois que cette disparition si rapide du sucre est bien un effet du métalloïde; mais ne prolongeons pas davantage la digression; je reviens donc à mon sujet.

Le mode d'administration du médicament est des plus simples. M. Ricord emploie et m'a conseillé d'employer la teinture d'iode de la pharmacopée francaise (8 pour 100). Une quantité déterminée de gouttes de cette teinture est mise dans 100 grammes d'eau pure et avalée en une seule fois, dix minutes avant le repas. On commence par 5 gouttes le premier jour; le lendemain on en prescrit 5 gouttes matin et soir, et on arrive bientôt à en faire prendre jusqu'à 20 gouttes par jour : 10 au moment du déjeuner, 10 avant le dîner.

Au début, l'odeur du médicament produit une impression assez désagréable; mais à la troisième ou à la quatrième prise, la répulsion s'est grandement atténuée, elle disparaît même bientôt, comme j'ai pu le constater, non-seulement chez mes deux diabétiques, mais encore sur plusieurs sujets et sur moi-même, lorsque j'ai voulu juger expérimentalement de la persistance de cette impression désagréable de l'iode sur le goût et l'odorat.

Voici les effets physiologiques et thérapeutiques que j'ai observés sur les malades que j'ai soumis à la teinture d'iode : d'abord cette impression désagréable passagère produite sur l'olfaction par l'eau iodée, au moment de l'ingestion, impression qui n'a jamais persisté, comme je viens de le dire, plus de deux jours. En second lieu, pendant la première semaine il n'y a eu en général aucun phénomène physiologique appréciable, si ce n'est peut-être une légère augmentation de l'appétit. Mais cinq, huit, dix jours après le commencement de la médication, les urines augmentent un peu de quantité, les sécrétions intestinales sont plus abondantes, la salive s'écoule plus facilement, l'enchiffrènement apparaît; bref, les manifesta-

tions les plus ordinaires et les plus bénignes de l'action iodique se montrent. Ceci n'a rien de nouveau ni d'intéressant, l'action physiologique de l'iode étant bien connue ; mais ce qui m'a paru digne de remarque, c'est que, lorsque ces phénomènes se montrent, les proportions de glycose, qui avaient diminué depuis le premier ou le second jour, augmentent de nouveau dans l'urine. L'amélioration obtenue tout d'abord très-rapidement reste stationnaire, semble rétrograder même, si l'on ne suspend pas le médicament. Dans ce cas, la suppression du traitement est donc doublement indiquée, et, chose curieuse, sous l'influence de cette suppression, les proportions de glycose recommencent à diminuer, en même temps que les urines redeviennent moins abondantes. La quantité de glycose urinaire reste alors très-minime pendant un certain nombre de jours, pour remonter ensuite, si le malade fait de nouveaux écarts de régime et ne suit pas avec le même soin les précautions hygiéniques que le diabétique doit rigoureusement observer constamment.

Je dois répéter ici ce que je disais en terminant mon travail sur les inhalations d'oxygène dans le traitement du diabète sucré (*Bulletin général de Thérapeutique*, t. LXVII, p. 217). Je n'ai pas la prétention de donner à mes faits plus d'importance et de signification qu'ils n'en comportent. Ce n'est pas avec deux ou trois sujets et une demi-douzaine d'applications qu'une action thérapeutique nouvelle est déterminée d'une manière complète. Seulement, voilà des succès qui me semblent bien mériter de fixer l'attention, et provoquer des investigations sérieuses. Loin de moi la pensée de croire et de faire espérer que quelques gouttes de teinture d'iode, données pendant une ou deux semaines, peuvent faire cesser le diabète. J'ai trop vu de diabétiques pour avoir une pareille idée. La présence du sucre dans l'urine étant l'indice d'une atteinte profonde et de longue main reçue par la vie de nutrition, on ne peut, raisonnablement, chercher les moyens réellement curatifs de la glycosurie, s'il en existe, que dans les modificateurs puissants et longtemps continués. Or, quoique l'iode soit un des plus puissants altérants, c'est-à-dire un des plus actifs entre ces agents qui accélèrent le mouvement de composition et de décomposition dont le corps vivant est le perpétuel théâtre, ce n'est pas en quelques jours qu'il peut avoir le temps d'agir dans le sens de la curation parfaite.

Mais la teinture d'iode me semble capable de faire peut-être diminuer très-rapidement, dans un moment donné, et, pour un certain temps, les quantités de sucre diabétique ; et cette action, si

elle est réelle, est encore bien précieuse, toute secondaire qu'elle soit. Il est aisé de le comprendre : en effet, depuis que les auteurs, au premier rang desquels est M. le professeur Bouchardat, ont montré que, par quelques précautions bien ordonnées et exactement suivies, on se rend facilement maître de la maladie, et on la tient presque à volonté dans des proportions qui n'ont plus rien d'effrayant, on peut, quand on a du temps devant soi, réduire le traitement du diabète à des moyens presque exclusivement tirés du champ de l'hygiène. Mais quand on commence le traitement d'un diabète intense, ou bien, lorsque dans un diabète, soigné depuis plus ou moins de temps, on voit, sous l'influence d'un écart de régime, d'une impression morale, d'un excès vénérien, etc., etc., de fortes proportions de sucre urinaire reparaître intempestivement, les moyens hygiéniques seuls, les alcalins, l'hydrothérapie, etc., etc., sont toujours trop lents à les faire diminuer, si l'on songe aux dangers qui menacent le diabétique tant que sa sécrétion est abondante, et, il faut l'avouer, nous n'avons pas jusqu'ici d'agents plus rapides.

C'est dans ce cas que la teinture d'iode me paraît appelée à rendre d'excellents services, si son influence, que l'on doit toujours doubler, d'ailleurs, de tous les autres moyens rationnels, fait réellement baisser, en peu de temps, les chiffres du sucre urinaire. Si l'opinion de M. Ricord, de Debout, et si mes faits sont corroborés, le malade serait bientôt placé ainsi dans d'assez bonnes conditions pour que le médecin pût instituer avec moins de rigueur, au commencement, un traitement qui doit toujours durer longtemps, et dont, par conséquent, une condition capitale est de ne pas être trop pénible à exécuter [1].

---

[1] On sait combien l'indication de supprimer ou au moins de diminuer très-notablement les féculents de l'alimentation est formelle dans le traitement du diabète, mais il faut convenir qu'elle est bien difficile à remplir. Pour y arriver avec un peu moins de peine, M. Bouchardat a préconisé le pain de gluten, idée excellente, qui était cependant peu utilisée jusqu'à ces derniers temps, car le pain de gluten, même celui de la maison Durand, était si différent du pain ordinaire, si désagréable au goût et à la vue, qu'il était refusé par l'immense majorité des malades, même par les plus dociles à suivre les prescriptions du médecin. Je me suis occupé au commencement de 1864 des moyens d'améliorer le pain de gluten, et dans le *Bulletin de Thérapeutique* du 29 février 1864, t. LXIV, p. 170, j'ai donné une formule qui le rendait déjà très-supportable. J'ai continué mes recherches, depuis, et secondé par un intelligent boulanger de Paris, M. Fromentault, j'ai obtenu, avec les proportions suivantes :

Gruau gris, contenant 54 pour 100 de fécule............	18
Gluten pur..	72

Voilà, d'après mes observations, l'utilité immédiate que je prête à l'iode; tout ceci soit dit sans préjudice de l'action à longue portée du médicament, action qui mériterait d'être étudiée pour le traitement curatif du diabète. Je n'en parlerai pas aujourd'hui, je veux attendre d'avoir multiplié et varié mes essais; il faut surtout que les premiers aient été jugés par le temps et d'autres expérimentateurs.

Je n'essayerai pas de discuter en vertu de quelle action la teinture d'iode agit sur la sécrétion glycosique. Fait-elle tomber les proportions de sucre urinaire parce que, en sa qualité d'altérant, elle active simplement le mouvement de décomposition et de recomposition de l'organisme? Des chimistes pourraient peut-être avancer qu'elle a une action oxydante directe sur les éléments hydro-carbonés du sang. Qui sait même si ceux qui admettent une matière glycogène dans l'économie, n'y verront pas une décomposition de cette substance par formation d'un iodure particulier? Pour moi, qu'on me permette de rester dans la voie plus prudente que le *Bulletin de Thérapeutique* trace, dans la science actuelle, avec tant de succès; qu'on me laisse m'occuper seulement dans ce moment de la portée pratique des faits. La théorie viendra toujours à temps, que l'expérience nous donne d'abord son opinion sur l'utilité réelle de l'iode dans le diabète sucré.

Mais, cependant, je veux rappeler une particularité qui ne sera peut-être considérée que comme une coïncidence purement fortuite par la majorité des médecins, et qui, au contraire, éclaire pour moi tout un horizon que je me plais à sonder depuis longtemps; je veux parler de la nature du diabète sucré. Valentin (de Nancy) (1) dit avoir obtenu d'excellents résultats de l'éponge brûlée dans le traitement de la goutte. Plus récemment, M. Gendrin a retiré les mêmes avantages de l'iode en nature dans la même maladie. Bien d'autres médecins ont eu, de leur côté, des succès par la même méthode; bref, l'iode passe, à bon droit, pour un bon antigoutteux. Or, si mes faits étaient corroborés, cette action parallèle de l'iode sur la goutte et le diabète étant bien établie, ne serait-elle pas de

un pain qui ne diffère, à peu près, pas du pain bis ordinaire, et que j'ai pu faire manger sans aucune fatigue, pendant deux et trois mois, à plusieurs malades. La seule objection qu'on puisse, je crois, adresser à ce pain, est d'être assez difficile à fabriquer dans les premiers temps; mais un ouvrier intelligent arrive en peu de jours à le réussir aussi facilement que le pain ordinaire, et par conséquent le problème est résolu.

(1) *Journal général de médecine*, t. CIV, p. 59.

nature à corroborer cette proposition : que *le diabète est la goutte des aliments respiratoires, comme la goutte est le diabète des aliments azotés*. La trop riche absorption ou un trouble dans l'assimilation, suivant qu'ils portent sur les aliments féculents ou protéiques, produisent la glycosurie ou la diathèse urique. Dans un travail que je poursuis depuis longtemps, j'ai étudié cette idée qui avait déjà été entrevue par Bence-Jones, et qui a été rééditée depuis par plus d'un auteur, M. Marchal (de Calvi) entre autres, mais qui, à mon avis, n'a pas été suffisamment développée. Tout, jusqu'à cette dychotomie curieuse des oxydations des matières protéiques en albumine, fibrine... acide urique, urée d'une part ; transformations des aliments féculents en dextrine, glycose, acide carbonique et eau d'autre part, me corrobore dans cette idée dont je viens de donner la formule : *le parallélisme des deux affections*. Mais de pareilles propositions ne peuvent être édifiées sérieusement que par un travail de longue haleine ; je ne saurais donc, actuellement, les développer plus en détail.

En dehors des faits de M. Ricord, de Debout, des miens, l'action de l'iode dans la glycosurie me paraît un sujet capable d'intéresser vivement les pathologistes ; pour cette raison qu'à plusieurs reprises, déjà, on a enregistré des succès assez frappants obtenus par l'emploi de certains métalloïdes voisins de l'iode : du chlore par exemple. En effet, Copland, d'abord, plus tard Martin-Solon (*Gazette des hôpitaux*, 1849) en France, Barham (*The lancet*, 1854) en Angleterre, ont prêté une action avantageuse à l'acide chlorhydrique dans le traitement du diabète ; mais hâtons-nous de dire que, de prime abord, on éprouve une certaine répulsion pour un tel médicament, type d'une acidité puissante, dans une maladie qui est, au contraire, si efficacement combattue par les alcalins, au su de la notoriété médicale, je dirais presque de l'opinion publique.

J'avoue que, pour ma part, cette acidité restera, jusqu'à preuve du contraire, dans mon esprit, comme une condition d'exclusion, et je ne serais pas éloigné de présumer que c'est à elle que le chlore doit de ne pas être entré plus largement dans la thérapeutique du diabète. C'est probablement la même pensée qui a poussé M. Bobière (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1848). Ce médecin paraît, en effet, avoir mieux réussi avec des inhalations de chlore humide, et, quelques faits, qu'un savant chimiste, M. E. Rousseau, m'a racontés, me porteraient assez à regarder favorablement cette pratique.

Quoi qu'il en soit, une fois la question d'acidité écartée, le chlore n'agirait-il qu'en faisant dégager de l'oxygène naissant, comme le pense M. Bobière ? ou bien se rendrait-il utile, au contraire, en tant que médicament altérant, seulement ? Je ne puis, ni ne veux entrer dans cette discussion aujourd'hui, d'autant qu'il me faudrait alors chercher aussi à théoriser sur l'action de l'iode, action qui pourrait bien être identique, et je me suis déjà récusé. Mais je désire, dans ce moment, rappeler à la mémoire cet effet qui me paraît parallèle, dans le traitement du diabète, de deux métalloïdes voisins : iode, chlore ; je voudrais aussi attirer, en même temps, l'attention sur cette idée qui rattache l'utilité du chlore humide à son action décomposante des éléments de l'eau.

Il y a là tout un ordre d'idées, tout un vaste sujet d'expériences, toute une théorie qui jetterait, peut-être, un peu de jour sur ce chaos qu'on appelle le traitement du diabète. Les médicaments les plus divers, les plus opposés même, ne viendraient peut-être plus se heurter sans lien ni transition dans les livres, au grand désespoir du praticien ; et tous ces faits si contradictoires, dont l'histoire du diabète paraît encombrée actuellement, se changeraient peut-être tout à coup en de précieuses preuves pour l'exploitation de la nature de la maladie, le jour où pouvant, comme autant de numérateurs différents, se rapporter à un dénominateur unique, ils seraient éclairés par la lumière de la synthèse et de la thérapeutique philosophique qui leur a manqué jusqu'ici, tant dans les ouvrages anciens que dans les écrits récents.

Qu'on me permette de donner un exemple pour bien développer et faire comprendre ma pensée. Supposons un instant qu'il soit suffisamment reconnu par l'expérience et l'analyse des faits que l'iode, que le chlore, etc., etc., n'agissent qu'en tant que producteurs d'oxygène. Voilà aussitôt trois médicaments au moins qui jusqu'ici semblaient bien étrangers l'un à l'autre, et qui, au contraire, viennent se grouper dans un même ordre d'action. Admettons aussi, pour un instant, que les mêmes moyens, expérience, analyse des faits, fassent établir que certains corps dont on n'a pas su encore expliquer l'utilité (depuis la créosote jusqu'à l'acide sulfurique), agissent de la même manière, nous voyons aussitôt, non-seulement tout un groupe d'éléments hétérogènes devenir proches parents, mais encore une grande loi de la maladie mise en lumière, et on le sait : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Certes, nous serions d'un seul coup plus avancés en un moment, sur la question du diabète, qu'on ne l'a été jusqu'ici, malgré les

450 ou 480 écrits que mes notes sur la bibliographie de la maladie m'indiquent; mais je m'arrête sur cette pente entraînante, je dois dire même que je ne viens de m'y laisser aller un moment que pour montrer une fois de plus l'intérêt qu'il y aurait à étudier le mode d'action des divers médicaments qui ont réussi dans le diabète, pour arriver à être fixé, s'il est possible, enfin, sur la nature et les indications thérapeutiques de la maladie.

Je compte présenter prochainement cette étude à l'appréciation des lecteurs du *Bulletin*, et en attendant, ma note d'aujourd'hui veut rester seulement limitée à ce point plus modeste et plus circonscrit : l'effet favorable de la teinture d'iode que j'ai déjà constaté dans le traitement du diabète, chez deux individus au moins et à plusieurs reprises.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la leucorrhée chez les petites filles.

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

La leucorrhée, caractérisée par un écoulement blanc ou jaune verdâtre venant du vagin, se rencontre souvent chez les petites filles, depuis les premiers mois de la vie jusqu'à l'âge de la puberté.

Parmi les *causes* qui produisent cette affection, la première et la principale est la constitution lymphatique, elle est assez souvent héréditaire, comme le prouvent une foule d'exemples; elle peut se développer uniquement sous l'influence de la diathèse scrofuleuse, ou bien à la suite d'une maladie aiguë; quelquefois elle succède à la suppression d'un eczéma de la vulve. Des causes locales peuvent la déterminer aussi, telles que des oxyures passant du rectum à la vulve, occasionnant une vulvite et par suite l'inflammation de la muqueuse du vagin avec écoulement leucorrhéique; enfin elle peut être le résultat de l'introduction de corps étrangers dans le vagin ou de la masturbation.

Symptômes. — Tantôt chaleur, prurit à la vulve, d'autres fois ni douleur, ni démangeaison. Le liquide qui s'écoule est souvent incolore, muqueux, ou bien il est épais, jaunâtre et même verdâtre; parfois, en examinant la vulve, on la trouve plus ou moins baignée de liquide séro-purulent et même de pus fétide, comme dans le véritable catarrhe utérin et vaginal. En portant le doigt dans le rectum et en pressant d'arrière en avant la partie postérieure du vagin, on

fait sortir le liquide par l'orifice vulvaire. Quelquefois ces phénomènes locaux existent seuls sans agir sur l'état général, mais on voit assez souvent les petites filles pâles, ayant les yeux cernés, se plaignant de perte d'appétit et de mauvaises digestions; elles sont souvent fatiguées et reculent devant les marches un peu longues.

Il arrive que cet écoulement cesse de lui-même sans traitement, mais il peut continuer d'augmenter, et alors il occasionne de l'épuisement et de la maigreur.

C'est surtout dans les cas où l'écoulement est considérable qu'une vulvite plus ou moins intense peut se déclarer et causer des douleurs telles que l'enfant refuse de marcher. On conçoit que cette affection, bien que peu dangereuse, débilite les enfants lorsque sa durée se prolonge.

Les altérations pathologiques sont difficiles à constater; on ne peut employer en effet le spéculum, et ce n'est que par hasard qu'on trouve à examiner le vagin de petites leucorrhéiques, qui meurent de maladies intercurrentes.

Deux ou trois fois nous avons eu cette occasion. Deux fois nous avons vu la muqueuse du vagin, ainsi que la face interne de la matrice phlogosées, et nous avons pu par la pression faire suinter du mucus épais à travers le col : ce qui nous porte à penser qu'il y a souvent en même temps catarrhe utéro-vaginal.

Le *pronostic* de cette maladie n'est pas grave, elle peut durer longtemps, se modifier quelquefois pour revenir avec plus d'intensité; l'établissement des règles suffit quelquefois à la faire disparaître ; c'est pour cela que le chirurgien doit être très-circonspect et ne pas se prononcer sur la durée de cette fâcheuse indisposition, car il peut arriver aussi qu'après les règles très-régulièrement établies, on voit persister la leucorrhée.

Quand la cause est locale, il y a plus de chances de voir l'écoulement cesser rapidement que lorsqu'il dépend de la constitution.

Traitement. — C'est tout à la fois par les moyens locaux et généraux qu'on doit traiter les écoulements; ainsi, les lotions variées, émollientes d'abord, s'il y a de la chaleur : eau de guimauve, eau de son, eau de graine de lin. Mais ces émollients ne doivent être mis en usage que peu de temps, et si la cause locale dépend des oxyures du rectum, il faut agir contre ces vers en conseillant matin et soir des suppositoires au calomel introduits dans l'anus; lorsque ce n'est pas là la cause, il faut employer surtout les astringents en lotions et même en injections dans le vagin; l'eau et l'extrait de Saturne, l'infusion de feuilles de noyer, l'infusion

de roses de Provins peuvent être employées pour laver souvent la vulve; mais lorsque l'écoulement vient du vagin, il faut de préférence injecter ces liquides matin et soir avec précaution dans le canal vaginal, en mettant en usage une seringue garnie d'une canule fine de gomme élastique bien fixée et pouvant être introduite par l'ouverture de la membrane hymen. Ces injections peuvent être faites par des mères intelligentes, en faisant placer les enfants sur le bord du lit et tenant les lèvres écartées; le chirurgien doit montrer, au moins une fois, comment on doit pratiquer ces lavages, qui m'ont paru donner de bons résultats, surtout lorsqu'on les fait largement avec un irrigateur qui permet d'introduire au moins un demi-litre de liquide qui asperge le col utérin et les parois du vagin. Il nous est arrivé de mettre en usage des injections avec de l'eau et du nitrate d'argent.

Eau distillée..........................	125 grammes.
Azotate d'argent cristallisé..............	50 centigr.

Lorsqu'on emploie ce genre d'injection, on doit en faire une pa jour avec une petite seringue de verre, seulement trois ou quatre jours de suite et tâcher de faire retenir le liquide dans le vagin quelques minutes, en appliquant de suite entre les grandes lèvres un tampon de coton et faisant rapprocher les cuisses. On ne revient que de loin en loin à ce genre d'injections si on en obtient un bon effet, une ou deux fois par semaine par exemple. Tous ces moyens locaux ne sont suivis de résultats que si on met en usage les moyens généraux qui agissent sur l'économie entière, comme les toniques donnés par l'estomac ou en bains entiers.

Quelquefois des purgatifs légers, 15 grammes d'huile de ricin donnés une fois la semaine, produisent de la diminution dans l'écoulement; ou bien des lavements au séné, 12 grammes de follicules en infusion; ou bien 45 à 50 grammes de miel de mercuriale.

De tous les purgatifs, le lavement de coloquinte est le plus actif et même assez violent; il doit être ainsi préparé, suivant le docteur Claude : Pomme de coloquinte ; un quart si elle est petite, un tiers si elle est grosse; faire macérer vingt-quatre heures dans un vase couvert rempli de 100 grammes d'eau chaude. Ce lavement, très-actif, est suivi de plusieurs garde-robes, même sanguinolentes; on donne alors à l'enfant des boissons gommées et quelques potages légers. On peut recommencer cinq à six jours après une seconde et même une troisième fois. J'ai obtenu ainsi la disparition de la leucorrhée pour plus ou moins de temps.

Mais comme moyens généraux agissant sur toute l'économie, les grands bains gélatineux et salés, les bains sulfureux, les bains de mer, les arrosements et lotions de tout le corps à l'eau froide, sont des moyens puissants qu'il ne faut jamais négliger d'employer très-fréquemment.

Enfin les préparations iodées, surtout les préparations ferrugineuses, les pilules de phosphate de fer, de proto-iodure de fer, les eaux naturelles ferrugineuses, et, pour changer, le vin de quinquina, l'huile de foie de morue sont, avec le régime alimentaire tonique, ce qu'on doit employer avec persévérance.

Il faut être bien convaincu que tous ces moyens que nous conseillons sont utiles, et qu'on ne doit pas les négliger ; mais qu'il faut du temps pour que la constitution se modifie et amène la cessation de la maladie.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sarracénine ; alcaloïde retiré de la racine du sarracenia purpurea.

Par M. Stanislas Martin.

Les classes pauvres, dans certaines contrées de l'Inde, ne veulent pas se soumettre à la vaccination ; cette réprobation tient à des idées religieuses ; ces peuples sont convaincus que lorsque la petite vérole envahit une maison, c'est la divinité qui vient la visiter. Il n'en est pas de même en Europe, en France surtout.

En attendant que les gouvernements rendent la vaccination obligatoire pour tous les citoyens, la science s'est donnée la mission de chercher des agents thérapeutiques pour guérir ou atténuer les ravages que fait la petite vérole. Il y a quelques mois, un docteur en médecine a écrit que la racine de la sarracénie pourprée jouit de la propriété de combattre le virus variolique et d'en faire disparaître les traces qu'il pourrait laisser ; nous croyons donc, pour cette cause, devoir en entretenir nos lecteurs : si l'action est aussi efficace que l'a annoncé le docteur Morris, la thérapeutique aura fait une conquête dont on lui saura gré : on administre la sarracénie en poudre, à la dose de 15 grammes dans 500 grammes d'eau, qu'on réduit à 250 grammes ; on boit cette infusion en deux fois, à trois heures d'intervalle et sans addition de sucre. L'efficacité de ce médicament n'est nullement prouvée ; en attendant qu'elle le soit, nous avons cru devoir étudier ce nouvel agent thérapeutique ;

de sorte que le médecin qui le prescrira en connaîtra la composition chimique.

Les traités de matière médicale ne faisant aucune mention de la sarracénie, nous relaterons ce qu'en disent quelques ouvrages d'histoire naturelle, et les notes qu'on nous a remis sur ce sujet.

Les botanistes n'ont jusqu'à ce jour trouvé que quatre plantes auxquelles ils ont donné le nom de *sarracénie*, et dont ils ont fait le *sarracenia purpurea*, *flava*, *adunca* ou *variolaris*, et le *sarracenia psittanica*; ces plantes ont été classées dans la polyandrie monogénée.

Les sarracénies ont des rapports assez sensibles avec les papavéracées et surtout avec les nymphacées; leur culture réussit mal en Europe, parce qu'en même temps qu'elles exigent un terrain toujours humide, fangeux et aquatique, elles redoutent le froid de nos hivers; on les trouve sous le ciel de l'Amérique septentrionale, dans les marais chargés de mousses aquatiques; elles abondent dans la Caroline, en Floride, dans la baie d'Hudson, elles se propagent même dans l'île de Terre-Neuve, par delà le 50e degré de latitude nord.

Les sarracénies sont de singuliers végétaux: de leurs racines épaisses et charnues sortent, au lieu de feuilles et au détriment de leurs limbes, de longues extensions qui, à leur sommet, deviennent tubuleuses, ventrues, ou courbes de bas en haut; munies d'ailes longitudinales, ces extensions à leur sommet sont constamment remplies d'une eau limpide, inodore dans les temps secs, comme aux longues journées pluvieuses; c'est une sécrétion particulière au végétal. Selon Macbride, cette liqueur est visqueuse dans la sarracénie crochue; elle attire les mouches, qui, en tombant dans ces espèces de réservoirs et n'en pouvant sortir, finissent par mourir.

Les botanistes ont donné aux extensions qui partent des racines des sarracénies le nom de phyllode : nous leur conserverons le nom impropre de *racine*, puisqu'on les trouve dans le commerce sous cette dénomination ; par ce moyen, nous ne compliquerons pas l'historique de la plante.

M. Morris a reconnu que la racine de la sarracénie pourprée est la seule qui ait des propriétés médicales, cette racine est sous forme de tiges de 15 à 50 centimètres de longueur; ces tiges ont des grosseurs variables qui ne dépassent pas la grosseur d'une plume d'oie, elles sont bosselées à intervalles inégaux, leur cassure est nette; cependant, par la pulvérisation, elles laissent un résidu fibreux; on ne voit pas sur ces extensions, comme sur les

racines de certaines plantes, des radicules et des radicelles; on n'y rencontre pas non plus l'étui médullaire qui existe chez beaucoup de végétaux; à quelques-unes de ces tiges adhère l'appendice ou commencement du renflement du phyllode; dans la sarracénie pourprée, ce renflement a la forme de cette conque que la Fable met dans les mains des tritons; cette modification de la feuille en remplit les fonctions.

La racine de sarracénie est facile à réduire en poudre; cette poudre est légèrement aromatique; sa saveur amère se communique à l'eau, à l'alcool, aux éthers; elle donne à l'huile une légère couleur ambrée.

L'analyse nous a démontré que cette substance est composée :

1° D'un alcaloïde auquel nous donnons le nom de sarracénine; 2° d'une résine; 3° d'un principe colorant jaune; 4° d'extratif; 5° de substances qui composent la charpente des végétaux.

La sarracénine est blanche, soluble dans l'alcool et les éthers, elle se combine aux acides pour former des sels; avec l'acide sulfurique étendu d'eau distillée, on obtient de belles aiguilles; ce sulfate est amer, il communique la saveur aux liquides dans lesquels on le dissout.

La résine ressemble comme couleur et comme forme au tannin officinal; elle est friable, légèrement aromatique; vue au microscope, on n'y distingue aucune forme particulière; mise dans la bouche, elle y laisse, par la mastication, une saveur qui lui est propre; elle est soluble dans l'alcool, les éthers, le sulfure de carbone, les corps gras; les alcalis la saponifient; à froid l'acide nitrique est sans action; à chaud il la colore, puis la décompose; chauffée dans une capsule, elle fond, se colore en répandant d'abondantes vapeurs fuligineuses; mise sur des charbons ardents, elle brûle en exhalant une légère odeur de résine de térébenthine; 50 grammes de racine de sarracénie ont produit 3 grammes de cette résine.

L'extractif est brun, aromatique, d'une saveur amère; il est soluble dans l'eau et l'alcool. Le principe colorant n'existe que dans l'épiderme de la racine; sa nature n'a pas été déterminée.

Le ligneux et les autres principes qui composent la charpente de cette racine n'offrent, vus au microscope, aucun caractère particulier.

Nous aurions voulu pousser plus loin nos recherches sur l'alcaloïde que nous avons isolé, le défaut de matière ne nous l'a pas permis : nous y reviendrons.

Analyse. — On pulvérise la sarracénie pour en faire une pâte

molle avec de l'eau distillée aiguisée d'acide sulfurique ; on met cette pâte à l'étuve ; lorsque la dessiccation est complète, on verse la poudre dans un flacon, avec une suffisante quantité de sulfure de carbone pour qu'elle en soit submergée ; on laisse le mélange en contact pendant quatre jours, en ayant le soin de l'agiter de temps en temps ; on le passe au travers d'un linge avec forte expression ; ici l'opération se divise en deux parties : la première est l'examen du liquide, la deuxième l'examen du ligneux.

Examen du liquide. — On abandonne le liquide à l'air libre ou on le distille au bain-marie ; si on agit sur de grandes quantités, après l'évaporation de tout le liquide, on a pour résidu une masse blanche, qui se colore au fur et à mesure qu'elle se dessèche ; ce résidu n'est qu'une résine ; on le lave à l'eau distillée, si on le reconnaît acide ; 100 grammes de racine en ont fourni 6 grammes.

La sarracénine se trouve dans le ligneux ; on opère de la manière suivante : on met ce ligneux dans une capsule avec de l'eau distillée, on fait bouillir pendant une demi-heure, on passe avec forte expression, on filtre le liquide, qu'on évapore au bain-marie jusqu'à consistance de sirop, on met cet extrait dans un flacon avec le double de son volume d'éther sulfurique, on agite fortement le mélange pendant un jour ou deux, on décante l'éther qu'on laisse évaporer à l'air libre, on verse dessus le résidu de l'eau distillée, on filtre si besoin est, puis on évapore le liquide au bain-marie, de manière à ne conserver qu'une quantité suffisante pour permettre la cristallisation du sulfate de sarracénine. Si on désire obtenir la sarracénine pure, on mélange le sulfate avec du bicarbonate de soude ; au moyen de l'alcool rectifié on isole l'alcaloïde.

Cette manipulation peut être modifiée selon la quantité de racine qu'on emploie ; nous ne consignons ici que notre mode d'essai.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Paralysie rhumatismale complète de la sixième paire. Guérison par la cautérisation de la conjonctive scléroticale.

De toutes les paralysies oculaires, celle de la sixième paire est, sans aucun doute, la plus dangereuse et la plus tenace, lorsqu'elle n'est pas de nature syphilitique. L'observation qui va suivre, tirée de notre pratique ophthalmologique de l'année 1864, a pour but d'attirer une fois de plus l'attention de nos confrères sur une res-

source thérapeutique puissante, qui nous a réussi déjà plusieurs fois, alors que les moyens ordinairement employés avaient complétement échoué : nous voulons parler de la cautérisation de la conjonctive scléroticale.

La femme Monpied, âgée de trente-cinq ans, domiciliée à Marseille, rue des Enfants-Abandonnés, se présente à notre consultation en se plaignant de vertiges et de douleurs violentes dans tout le côté gauche de la face, autour de l'orbite, et dans les régions frontale et pariétale du même côté. Elle accuse en même temps de la diplopie.

Nous examinons l'œil gauche, et nous constatons, en effet, une injection légère de la conjonctive, du larmoiement, un strabisme convergent très-prononcé, et l'impossibilité des mouvements d'abduction. Le diagnostic était facile, la malade présentant tous les caractères de la paralysie de la sixième paire. Il existait en outre de la mydriase ; mais nous avons expliqué ce symptôme insolite par l'anomalie signalée par M. Longet, lorsque le nerf de la sixième paire envoie un rameau au ganglion ophthalmique.

Interrogée par nous, la malade attribua son affection à un courant d'air froid, et nous admîmes assez aisément cette influence lorsque nous eûmes jeté un coup d'œil sur sa constitution et en raison surtout de la névralgie concomitante.

Nous prescrivîmes douze sangsues à la tempe, des pédiluves sinapisés et des pilules composées de valérianate de quinine, d'extrait alcoolique d'aconit et d'extrait thébaïque. Quatre jours après, le soulagement était complet ; les douleurs s'étaient évanouies, les vertiges et le larmoiement avaient disparu, mais la diplopie et le strabisme convergent persistaient et tout mouvement d'abduction était complétement impossible. Nous conseillâmes alors trente gouttes par jour de teinture de colchique dans de la tisane de bourrache, et des fumigations chaudes avec des fleurs d'arnica et de camomille. Ces moyens thérapeutiques furent continués pendant quinze jours, sans produire aucun résultat. Nous essayâmes alors des applications répétées de mouches de Milan autour de l'orbite, l'iodure de potassium à l'intérieur et une pommade avec la strychnine. Douze jours après, nous revîmes la malade dans le même état, et las de recourir aux ressources pharmaceutiques, nous proposâmes la cautérisation de la conjonctive scléroticale, qui fut acceptée sans difficulté, car la malade avait hâte de guérir !

Nous cautérisâmes donc le 8 novembre, et le 10 décembre dernier la guérison était complète ; le strabisme avait disparu, il n'y

avait plus trace de diplopie, et les mouvents d'abduction étaient revenus. Il ne restait qu'un peu d'engourdissement de la lèvre supérieure que quelques frictions stimulantes dissipèrent bientôt; depuis lors, la guérison s'est parfaitement maintenue.

Bien que nous ne soyons pas le premier à rapporter des guérisons de paralysie par la méthode de la cautérisation, nous ferons observer que, pour que celle-ci soit efficace, il est nécessaire de pratiquer l'attouchement au crayon sur la région du muscle abducteur, d'enlever le surplus du caustique avec un pinceau imbibé d'eau salée, et enfin de plonger aussitôt le globe dans une cuiller remplie d'eau fraîche, afin que le nitrate d'argent n'engendre ni opacité ni symblépharon.

Une réaction toujours exempte de gravité se manifeste dès le jour même; il suffit de la modérer par des lotions froides, et, une quinzaine de jours après, tout est rentré dans l'ordre.

Il reste maintenant à expliquer comment agit la cautérisation dans ces cas ! Elle agit de deux façons : d'abord en stimulant les nerfs paralysés, ensuite par le raccourcissement qui suit l'élimination de l'escharre dans la conjonctive et le fascia sous-conjonctival.

Dr Emile Martin,
Oculiste des dispensaires du bureau de bienfaisance.

Marseille, le 15 janvier 1865.

Guérison spontanée d'une hernie étranglée.

24 *mai* 1864. Un vieillard de soixante-dix-neuf ans, encore bien conservé, porteur d'une hernie inguinale droite depuis longues années, contre la sortie de laquelle il n'est garanti que par un brayer mal fait et usé, dont il ne se sert même pas toujours, éprouve tous les accidents d'étranglement, survenus dans les conditions suivantes :

Il y a cinq ou six jours, à la suite d'une indigestion, sortie brusque de la hernie, qu'il tente vainement de faire rentrer; application du bandage et de la pelote contentive sur la tumeur herniaire : élancements, douleurs variables dans l'aine, la cuisse, vers l'ombilic et la fosse iliaque correspondante; nausées, puis vomissements bilieux, fétides et enfin stercoraux depuis hier, hoquet continuel, faiblesse, accélération du pouls, froid des extrémités; constipation.

Je suis appelé à l'insu du malade, dont le caractère est des plus difficiles: la tumeur est oblongue, de la dimension d'un œuf de poule ordinaire, oblique suivant la direction du cordon, en partie

au-dessus et en partie au-dessous du pli inguinal. Elle n'est ni rouge, ni luisante, ni douloureuse au simple toucher. Le malade assure même ne plus rien y ressentir depuis hier. Elle est rénitente et donne un son mat.

Un taxis modéré, intermittent, méthodique, le malade étant couché et les cuisses fléchies, ne procure qu'une diminution douteuse, au bout d'une demi-heure environ, les temps de repos compris. Il me reste cependant cette sorte de confiance indéfinissable que fait éprouver le taxis dans certaines conditions de succès ; mais le malade, dont les souffrances se sont réveillées, s'impatiente, se fâche et finalement se refuse obstinément à toute tentative nouvelle, en déclarant qu'il est las de l'existence et qu'il veut mourir *comme cela*. Ni sollicitations ni menaces ne peuvent le gagner. Je propose une consultation qui est rejetée. Je me borne à prescrire des applications froides, des bains, des lavements purgatifs, et je cesse mes visites.

Les symptômes d'étranglement firent de rapides progrès ; il y eut des vomissements de matières fécales pures ; les forces s'épuisèrent, le malade fut administré ; on attendait sa mort d'un moment à l'autre, lorsque tout d'un coup, cinq jours environ après ma visite, sous l'influence de quelques tasses de bouillon de veau, des selles abondantes eurent lieu, la hernie se réduisit d'elle-même, les vomissements s'arrêtèrent et ce rude vieillard, dont je ne tardai pas à recevoir la visite, se rétablit. Il est encore en pleine santé à l'heure où je transcris ces notes (10 avril 1865).

Je livre ce fait sans commentaires. Les partisans du taxis répété et prolongé pourront l'invoquer à l'appui de leurs idées ; il donnera peut-être à réfléchir aux chirurgiens qui préconisent l'opération hâtive ; enfin, il témoigne une fois de plus des ressources souvent inespérées de la nature. Toutefois, nous ne voudrions pas qu'on inférât de cet exemple et de nos paroles que nous nous abandonnerions, en pareille occurrence, au taxis quand même ou à la simple expectation. Ce n'est là véritablement qu'une exception ; mais s'il est juste de dire que l'exception confirme la règle, il ne l'est pas moins de reconnaître qu'elle doit servir aussi à l'éclairer.

J. Guipon,
Médecin des hospices (Laon).

BIBLIOGRAPHIE.

De la digitale comme agent antipyrétique, par M. COBLENTZ.

Nous avons publié dans ce recueil un travail de M. le professeur Hirtz, sur l'emploi de la digitale dans quelques maladies inflammatoires ; depuis, un de ses élèves, M. le docteur Coblentz, a repris ce sujet pour sa thèse inaugurale ; c'est un complément à la publication de M. Hirtz, puisé dans les leçons cliniques de ce maître, et dans les travaux des auteurs allemands.

L'auteur cherche à résoudre les trois questions suivantes :

1° Est-il rationnel de traiter la fièvre dans les maladies fébriles ?

2° La digitale agit-elle réellement sur la fièvre ? — Expériences physiologiques. — Expériences cliniques.

3° Enfin, la digitale comme agent antipyrétique est-elle préférable aux autres agents de cette nature ?

D'après cette division, l'auteur commence par un chapitre sur la fièvre ; il cherche à démontrer que, *quelquefois*, la fièvre est primitive et l'inflammation locale secondaire, et que dans tous les cas, la fièvre est une complication qui tend à étendre le procès inflammatoire ; il en conclut, qu'il y a toujours intérêt pour le praticien à agir contre cet élément. Dans le second chapitre, nous voyons invoquer les expériences physiologiques de *Traube*, professeur à l'Université de Berlin, de *Stannius*, professeur à l'Université de Rostock, expériences qui tendent à accorder à la digitale une action particulière sur cette portion du système nerveux que l'on est d'accord aujourd'hui à considérer comme l'origine et le foyer des symptômes fébriles. D'après les expériences de *Traube* sur des chiens, de *Stannius* sur des chats, il résulterait :

1° Que la digitale à dose modérée agit en excitant le système nerveux, modérateur du cœur ;

2° Que la digitale, comme agent excitant du système modérateur, diminue la pression dans le système artériel, et par là la rapidité de la circulation ;

3° Que le ralentissement de la circulation produit par la digitale est l'une des causes de l'abaissement de température que nous constatons au lit du malade ;

4° Que les effets antiphlogistiques que l'on observe sont dûs, au moins en partie, au ralentissement de la circulation.

Voilà les conclusions fournies par la physiologie ; suivons maintenant les effets de la digitale au lit du malade.

M. Coblentz nous donne, avec les détails les plus minutieux, la relation d'une douzaine d'observations de maladies aiguës (pneumonie, pleurésie, rhumatisme articulaire aigu) traitées par la digitale, dans le service de M. Hirtz; ces observations s'appuient sur des mesures thermométriques rigoureuses, et sur le pouls, c'est-à-dire sur les deux facteurs de la fièvre ; elles nous montrent la digitale agissant d'abord sur la caloricité et sur la circulation, et modifiant consécutivement la localisation.

Voici le résumé de quelques-unes de ces observations :

1° Pleurésie à gauche; sujet robuste de dix-huit ans. — Entré le troisième jour de la maladie : pouls, 120; température, 39°,8, deux infusions de digitale, 0,75 pour 100 grammes d'eau. — Cinquième jour, pouls, 92; température, 36°,8. — Sixième jour, pouls, 68; température 36°; — Sueurs. La résorption de l'épanchement commence. Le septième jour, on suspend la médication, l'épanchement diminue graduellement. Le huitième jour, on trouve à peine des traces. Appétit. — Le dixième jour, le malade est guéri, il quitte l'hôpital.

2° (VIII[e] *Obs.*) Pneumonie à gauche. — Diarrhée. — Entré le troisième jour : pouls, 100; température, 39°,4. — Convalescent le sixième jour ; pouls, 44; température, 37°. La diarrhée a cessé. Le malade a pris en tout deux infusions de 1 gramme de feuilles de digitale. — Guérison parfaite et sortie de l'hôpital le huitième jour.

3° (XII[e] *Obs.*) Rhumatisme aigu généralisé. — Entré le troisième jour : pouls, 112; température, 39°,3. — Le septième jour, pouls, 60; température, 37°,4. — Guérison complète le neuvième jour. — A pris en tout trois infusions de digitale.

Il résulte de ces observations que la digitale agit d'abord sur la fièvre, et que ce n'est qu'après la défervescence complète, que l'affection locale entre en voie de résolution.

Ce serait, si nous avons bien compris, placer la nature dans les meilleures conditions pour que la résolution puisse se faire.

L'un des effets les plus habituels de la digitale, c'est de provoquer les vomissements bilieux, et c'est une indication précieuse pour suspendre l'emploi du remède, ce qui n'est pas à dire qu'il faille toujours attendre les vomissements ; si la défervescence vient avant eux, l'effet désiré est obtenu, dès lors cessez de donner de la digitale. Du reste, ces vomissements n'ont rien d'inquiétant et cessent avec la cause. Quant à son action sur la partie inférieure du tube digestif, la digitale produit presque toujours la constipation ; elle paraît même (8[e] observ.) avoir enrayé une diarrhée accompagnant

une pneumonie. D'effet diurétique, on n'en a pas observé, la quantité d'urine a toujours été moindre qu'à l'état physiologique ; plus souvent, l'auteur a signalé un effet diaphorétique.

Dans la troisième partie du travail, l'auteur fait ressortir tous les inconvénients de nos agents antipyrétiques : la saignée, c'est un pis-aller, elle épuise la maladie en épuisant le malade ; aussi la regrette-t-il dans les maladies inflammatoires, et il ne consent à se servir de ce moyen que dans les cas pressants, où l'effet de la digitale arriverait trop tard : alors une saignée, pour donner à la digitale le temps d'agir.—Le *tartre stibié* est contre-indiqué dans bien des cas, à cause de son action émétho-cathartique, et aussi à cause de la prostration considérable où elle jette les malades ; d'ailleurs, il ne trouve son application que dans la pneumonie, et il produit des accidents dyspeptiques et une susceptibilité nerveuse des voies digestives qui retarde la convalescence. M. Coblentz n'est pas embarrassé pour trouver bien des reproches à faire aux autres agents antipyrétiques : vératrine, sulfate de quinine, etc. Nous les passerons sous silence ici ; inutile d'ajouter qu'aucun de ces inconvénients ne se retrouve *dans l'emploi* de la digitale.

Cette médication a été préconisée dans la pneumonie, la pleurésie, le rhumatisme articulaire aigu, la péricardite, par MM. Traube, Kulp et Hirtz. Heiré l'avait employée avec succès, et après lui M. Hirtz, dans des cas de phthisie à marche aiguë ; une observation de ce genre se trouve dans le travail qui nous occupe.

La digitale n'étant réellement efficace, dans toutes ces maladies, qu'en enlevant l'élément fièvre, M. Coblentz voudrait la voir employée partout où il y a un appareil fébrile prononcé : dans l'érysipèle grave, dans la fièvre typhoïde à *forme inflammatoire*, mais dans cette forme seulement. L'auteur rapporte un cas de ce genre, où l'emploi de la digitale *paraît* avoir produit de bons résultats, dans les fièvres éruptives, où il y a prédominance de la fièvre, et ici il s'appuie sur les auteurs anciens, qui déjà avaient conseillé cet agent (Reil, *Freberlehre*, 2e vol., p. 31); dans la fièvre puerpérale, où elle a déjà donné des succès à Shas et Dierbach, au commencement de ce siècle. Enfin, on pourrait peut-être, selon M. Coblentz, éviter les accidents inflammatoires consécutifs aux grandes opérations chirurgicales, en donnant la digitale comme prophylactique.

Quant au mode d'administration, la meilleure préparation, selon MM. Traube et Hirtz, c'est l'infusion de feuilles de digitale : la dose employée à l'hôpital de Strasbourg varie entre 0,50 et 1 gramme.

Les médecins allemands emploient des doses bien supérieures : cette différence tient sans doute au mode de conservation des feuilles. Nous avons publié l'excellent procédé de M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital de Strasbourg. Voici la formule habituelle de M. le professeur Hirtz :

Pr. Hrb. digit..........................	0,50 — 1,00
Faites iufuser dans eau...............	100 — 120
Ajoutez sirop d'écorces d'orange......	20,00

Donnez une cuillerée toutes les deux heures.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Dysménorrhée physique. — Guérison par la dilatation du col de l'utérus. — La dysménorrhée est un accident très-fréquent et souvent rebelle aux traitements les mieux ordonnés. Tantôt, le plus souvent même, la dysménorrhée n'est que le symptôme d'une affection utérine, soit du corps, soit du col, ou d'une maladie constitionnelle, telle que la chlorose, l'anémie. De là les divisions en dysménorrhée *inflammatoire*, *constitutionnelle*. A la première de ces deux formes se rattache la dysménorrhée pseudo-membraneuse, caractérisée par l'expulsion d'une fausse membrane, qui ne serait, d'après des recherches récentes, que la muqueuse utérine ellemême. Il est de toute évidence que le rejet de cette fausse membrane doit s'accompagner de douleurs expulsives plus ou moins vives.

Dans d'autres cas beaucoup plus rares, la dysménorrhée constitue à elle seule toute la maladie ; après la période menstruelle, la santé redevient excellente pour être de nouveau troublée à l'époque suivante. La dysménorrhée peut alors être *accidentelle*, c'est-à-dire survenir brusquement chez une femme jusqu'alors réglée sans douleur, et cela sous l'influence d'une fatigue, d'une excitation quelconque, physique ou morale. Le symptôme disparaît alors avec la cause qui l'a produit.

La dysménorrhée peut être *permanente*, se reproduire violemment à chaque menstruation, sans qu'aucune des causes invoquées précédemment puisse en fournir l'explication. C'est à cette variété que l'on donne le nom de dysménorrhée *physique*, variété rare, et cependant très-importante à connaître, puisqu'elle produit des phénomènes assez graves pour empoisonner l'existence des femmes qui en sont atteintes, et que, faute d'un traitement convenable, le mé-

decin ne peut procurer aucun soulagement à sa malade. La dysménorrhée est alors due à un rétrécissement ou une oblitération de la cavité ou des orifices du col, que ce soit accidentel ou congénital. Bennet, qui a observé quelques cas de dysménorrhée physique, dit que les douleurs peuvent être assez intenses pour rendre la vie à charge et réagir profondément sur la santé générale.

La jeune femme qui fait l'objet de cette observation souffrait tellement à chaque époque menstruelle, qu'elle appelait la mort de tous ses vœux, et le traitement a fourni un résultat si merveilleux et je dirai si inattendu, que je ne saurais résister au désir de publier ce cas remarquable.

Mlle A. D***, âgée de vingt-six ans, est la fille d'un médecin de la province. Elle est brune, présente les apparences d'une très-bonne constitution, et n'a jamais éprouvé d'autres accidents que ceux liés à la menstruation. Elle a été réglée à la campagne où elle demeurait chez son père, à l'âge de neuf ans. Elle éprouva, dès ce moment, des douleurs vives dont elle a conservé le souvenir, et la preuve, c'est qu'elle dut garder le lit pendant six mois consécutifs. Mais ce repos prolongé n'amena aucune amélioration, les douleurs allaient au contraire en augmentant, à tel point, qu'elle se souvient être allée plusieurs fois demander à son père un soulagement quelconque et s'être roulée de douleur à ses pieds dans son cabinet. Les cataplasmes, les bains, la tisane d'armoise, l'éther, furent employés inutilement. Mlle A. D*** vint à Paris, à l'âge de dix-neuf ans. Plusieurs personnes, témoins de ses douleurs, lui conseillèrent d'aller réclamer les soins de M. X***; c'était en 1856. Ce médecin lui affirma que tous les accidents étaient dus à un ulcère de la matrice et qu'ils disparaîtraient sous l'influence de cautérisations répétées. Pleine de confiance, Mlle A. D*** se soumit chaque semaine à une cautérisation. Après quatre mois de traitement non interrompu, les douleurs avaient un peu augmenté. La jeune malade commença à perdre courage, surtout lorsqu'on lui annonça qu'une seule cautérisation par semaine n'était pas suffisante, que deux étaient nécessaires. L'idée d'un ulcère aussi rebelle au traitement l'effrayant beaucoup, et son état ne s'améliorant nullement, elle prit le parti d'aller consulter M. Ricord. Ce chirurgien trouva le col admirablement sain, et crut pouvoir lui affirmer qu'elle n'avait jamais eu d'ulcère. Notre jeune malade était rassurée, mais sa confiance dans les médecins diminua au point (on le conçoit aisément) qu'elle renonça à tout traitement, et par conséquent à tout espoir de guérison.

Elle resta dans cet état jusqu'au mois d'octobre dernier, époque à laquelle je fus consulté.

Voici comment se passait l'époque menstruelle, et j'appelle l'attention sur ce sujet, car c'est l'examen attentif des phénomènes qui m'a permis de faire un diagnostic exact.

Trois ou quatre jours avant l'apparition du sang, elle éprouvait un poids considérable dans le bas-ventre, avec un malaise général. Mais aussitôt qu'il apparaissait quelques gouttes de sang, survenaient alors des douleurs atroces. Coliques extrêmement intenses, gonflement du ventre ; envies constantes de vomir ; la région épigastrique gonflée et douloureuse, la face altérée. La moindre parcelle alimentaire liquide ou solide était de suite rejetée. Cet état durait environ une journée. L'écoulement des règles ayant lieu pendant quatre jours, la malade éprouvait encore trois jours de souffrances continuelles, mais moins intenses. Il lui était impossible pendant ces trois jours d'agrafer aucun vêtement ni de se livrer à aucun travail. *Aussitôt que l'écoulement cessait, les douleurs disparaissaient immédiatement* pour faire place à un simple malaise et à de la courbature. En résumé, elle avait, chaque mois, un jour de douleurs atroces, trois jours de douleurs extrêmement vives et sept à huit jours de simple malaise. Est-il étonnant que, dans ces conditions, elle éprouvât un découragement tel, que la mort lui paraissait préférable à une pareille existence? Disons, toutefois, que, pendant le reste du mois, elle jouissait d'une santé excellente.

J'avais donc affaire à une dysménorrhée excessive. Pour la combattre avec quelque avantage, il me fallait absolument diagnostiquer l'espèce, reconnaître la cause productrice. Etait-ce une dysménorrhée inflammatoire? mais il n'y avait aucune trace d'inflammation locale du col. Le toucher n'était pas douloureux, non plus que le ballotement de l'utérus. Il n'y avait dans l'intervalle des règles aucun écoulement par le vagin, de quelque nature que ce soit ; non, ce ne pouvait être une dysménorrhée inflammatoire. Etait-elle constitutionnelle? aucun phénomène chlorotique, pas de souffle dans les carotides, aucune douleur névralgique dans la tête ni dans les côtés du thorax ; appétit excellent et normal ; aspect général tout opposé à la chlorose ou l'anémie. Il fallait donc chercher une autre cause. De plus, comme les douleurs avaient constamment eu lieu chaque mois, depuis l'âge de neuf ans, il me fallait trouver une cause constante. J'ai dit, dans l'observation, que les douleurs apparaissaient brusquement avec la première goutte de liquide et disparaissaient de même à la dernière goutte ; je dus donc penser

qu'il y avait là une relation de cause à effet. En admettant l'hypothèse d'un rétrécissement de la cavité du col ou plutôt de son orifice supérieur, ne pouvais-je pas expliquer tous ces phénomènes? Je songeai donc à une dysménorrhée produite par une cause physique, laquelle ne pouvait être qu'une atrésie du col utérin s'opposant au libre écoulement des règles. Une tentative infructueuse de cathétérisme utérin avec un stylet boutonné très-fin me confirma dans mon opinion. L'indication était positive, il fallait dilater la cavité du col.

Le 14 décembre. Je taillai un petit cône d'éponge préparée de 2 centimètres environ; j'introduisis ce cône dans le col utérin à l'aide d'une pince, après y avoir préalablement fixé un fil, ce qui fut fait sans aucune douleur.

L'éponge resta en place depuis midi jusqu'à six heures du soir; des douleurs très-vives durent faire retirer l'éponge; il s'écoula quelques gouttes d'un liquide sanguinolent, et un calme absolu revint.

Le 15. Je tentai inutilement d'introduire une petite bougie en gomme élastique.

Le 18 décembre. J'introduisis dans le col environ 1 centimètre de laminaria digitata, qui fut gardé presque toute la journée, sans douleur.

Le 24. Seconde introduction d'un cône d'éponge préparée; séjour dans le col de une heure à six heures du soir; aucune douleur.

Le 29. Nouvelle introduction d'éponge préparée, séjour de une heure à sept heures du soir.

Après chaque séance, la malade gardait un repos non absolu, et prenait un grand bain.

J'avais donc introduit trois cônes d'éponge préparée, un bout de laminaria digitata, et fait quelques tentatives de cathétérisme avec des petites bougies.

Le 2 janvier. Cette jeune femme vit apparaître ses règles pour la première fois de sa vie, *brusquement et sans douleur*. On conçoit que rien ne saurait traduire le bonheur qu'elle éprouva.

Durant les quatre jours qu'elles durèrent, elle n'éprouva ni douleur, ni fatigue.

A partir de cette époque, je n'ai plus fait aucun traitement; une seconde et une troisième menstruation ont eu lieu depuis, et la guérison se maintient.

Dr P. TILLAUX,
Chirurgien des hôpitaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouvel exemple des bons effets du bromure de potassium dans l'épilepsie. Parmi les affections dans lesquelles le bromure de potassium a été expérimenté dans ces derniers temps, figure, on s'en souvient, l'épilepsie, et les observations publiées jusqu'à ce jour font voir que, dans un certain nombre de cas, ce médicament s'est montré efficace, tandis qu'il en est d'autres, comme il fallait s'y attendre, où il est resté tout à fait sans action. Il y a donc lieu de rechercher, par l'examen des faits, par leur rapprochement et leur comparaison, quelles sont les circonstances où le bromure paraît être le plus spécialement indiqué. C'est une étude qui a été commencée par plusieurs observateurs, et entre autres par Locock, Radcliffe, Brown-Séquard et par le docteur Mac Donnell, dont nous avons publié le mémoire (t. LXVII), et qui regarde le bromure comme particulièrement avantageux dans les cas où l'épilepsie paraît liée à un trouble des fonctions génitales. Le *Bulletin* contribuera, pour sa part, à faciliter cette étude soit en rendant compte des travaux afférents à la question, soit en enregistrant les exemples qui viendront à se produire. En voici un que nous empruntons au service de M. le docteur Bazin, et dans lequel ne se montre pas l'indication spéciale notée par notre confrère anglais.

Un employé de commerce, âgé de quarante ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution robuste, était devenu depuis deux années, à la suite de vifs chagrins de ménage, en proie à un ennui profond et à une sombre tristesse, quand, il y a six ans, il tomba tout à coup frappé d'une attaque d'épilepsie sur la voie publique. Cette attaque ne tarda pas à être suivie d'autres de plus en plus rapprochées, au point de revenir tous les quinze jours, et enfin tous les cinq ou six jours, et quelquefois même plusieurs fois dans la même journée. Chacune de ces attaques était presque constamment précédée d'un malaise général très-marqué, très-souvent avec sensation intense de froid au niveau des genoux, et qui redoublait quand l'accès était sur le point d'éclater. Celui-ci était caractérisé par les symptômes ordinaires de cri initial, d'écume à la bouche, de morsures à la langue, de sommeil comateux : fréquemment, les attaques étaient suivies de délire violent. A mesure qu'elles devenaient plus fréquentes, les facultés intellectuelles s'altéraient de plus en plus, de même que les fonctions de nutrition.

Ce fut dans cet état, et après avoir été soumis à divers traitements, tous restés inutiles, que le malade vint réclamer les soins de M. Bazin, et qu'il fut soumis à l'usage du bromure de potassium à *dose progressive*. Ce traitement a été immédiatement suivi de la cessation des attaques : depuis qu'il a été commencé, c'est-à-dire depuis cinq mois, il n'y en a pas eu une seule. Une sensation de bien-être général inaccoutumé s'est manifestée, toutes les fonctions physiques et intellectuelles se sont rétablies : pas de gastralgie, pas de diarrhée ; pouls de 70 à 80 ; urines normales ; sensibilité de la peau et des muqueuses à peine affaiblie ; sens génésique calme, mais sans frigidité absolue ; le soir, parfois, légère tendance au sommeil, mais qui se dissipe facilement par un peu d'exercice. Il ne reste de la maladie que de faibles étourdissements instantanés, revenant à intervalles irréguliers, et quelquefois un léger tremblement des paupières.

Dans trois autres cas de sa pratique particulière, les seuls qu'il ait eu occasion d'observer depuis qu'il a recours à ce médicament contre l'épilepsie, M. Bazin a obtenu des résultats tout aussi avantageux, alors que la maladie avait jusque-là résisté à différents traitements.

Le médecin de Saint-Louis administre le bromure de potassium sous forme de solution, dans la proportion de 20 grammes pour 300 grammes d'eau distillée : deux cuillerées de cette solution, qui en représentent 30 grammes, contiennent 2 grammes de bromure. Chez l'adulte, il débute d'emblée par cette quantité de deux cuillerées, une le matin, une le soir, une heure avant les repas. Tous les cinq jours, la dose est augmentée progressivement d'une cuillerée, jusqu'à huit ou dix cuillerées par jour. Cette dernière dose est continuée plus ou moins,

suivant le degré de résistance du mal. Quand les attaques sont sensiblement modifiées, on revient, suivant la même progession en sens inverse, à quatre cuillerées par jour, quantité que l'on maintient pendant plusieurs mois, même après la cessation de toute attaque. Chez l'enfant, on procède de la même manière, mais en remplaçant les cuillerées ordinaires par des cuillerées à café ou à entremets, suivant l'âge du sujet. (*Gazette des hôpitaux*, 1865, nº 35.)

Traitement du croup par les inhalations d'eau de chaux. Le traitement du croup est toujours une des plus constantes préoccupations des praticiens. En l'absence de toute méthode rationnelle non opératoire, nous sommes tout naturellement disposé à regarder aux innovations thérapeutiques qui nous arrivent, surtout lorsqu'elles sont fondées sur des faits sérieux, comme dans la circonstance actuelle.

M. Küchenmeister (de Dresde) a annoncé que les membranes diphthéritiques se dissolvent rapidement dans l'eau de chaux, et M. Biermer, professeur de clinique médicale à l'université de Berne, a répété cette expérience en présence des étudiants de la clinique. Des pseudo-membranes fort étendues et épaisses de 2 millimètres, durcies par un séjour de vingt-quatre heures dans l'alcool, sont placées dans un petit verre d'eau de chaux, et dans un espace de dix à quinze minutes, aux yeux même des élèves, elles disparaissent comme par enchantement. Il ne reste qu'un sédiment très-léger au fond du verre. Un cas de croup s'étant présenté, M. le professeur Biermer a songé à appliquer localement l'eau de chaux; il a publié les résultats de cet essai. Nous allons rapporter une relation très-abrégée du cas dont il s'agit:

Obs. — Le 13 mars 1864, on apporte à l'hôpital de Berne une jeune fille âgée de dix-sept ans, atteinte du croup depuis quatre jours, à moitié suffoquée lors de son entrée, cyanotique, insensible, sans connaissance; elle n'éprouve de la réaction et le rejet de quelques membranes que par l'effet des irritants les plus violents. La respiration est plus facile, mais toujours bien pénible le reste de la journée. On applique des sinapismes; le calomel est administré jusqu'à saturation atteinte. Le jour suivant, la malade rejette entre autres une membrane tout à fait annulaire avec l'empreinte des anneaux de la trachée. Les symptômes de la sténose laryngée se maintiennent pendant la nuit et augmentent le lendemain ; la dyspnée et l'angoisse deviennent excessives vers l'après-midi. On essaye l'emploi du pulvérisateur pour humecter les voies respiratoires. L'eau employée, chaude d'abord, puis bouillante, produit une telle amélioration, qu'on se décide à en continuer assidûment l'usage. Ayant répété l'expérience indiquée plus haut, M. le professeur Biermer fait alimenter le pulvérisateur par de l'eau de chaux. L'amélioration est évidente : pendant quelques jours les inhalations sont répétées fort souvent; elles durent un quart d'heure chaque fois. Les symptômes diminuent d'intensité; l'expectoration change de nature, elle devient pyoïde ; la toux disparaît peu à peu, la fièvre tombe aussi; l'enrouement et une toux légère subsistent seuls dans la convalescence, et le 11 avril la malade paraît se débarrasser des derniers restes de sa terrible affection. Elle quitte l'hôpital quelques jours après.

M. Biermer et tous les élèves présents ne doutèrent point que les inhalations n'eussent produit un effet dissolvant, et cette opinion fut partagée par tous les assistants, en voyant la rapidité du succès et le résultat immédiat des inhalations.

Dans la pensée que le principe du croup n'est pas atteint par l'effet local des inhalations, lesquelles ne peuvent que ramollir et détacher les membranes, M. Biermer recommande d'y joindre un traitement général, et particulièrement le calomel jusqu'à saturation mercurielle.

Cette tentative a été répétée par d'autres praticiens. Depuis le printemps passé, d'autres faits sont venus se joindre à celui de Berne. M. Küchenmeister a publié un cas de pharyngo-laryngite diphthéritique chez un enfant de trois ans et demi traité par le même moyen avec un plein succès. M. Küchenmeister se demande seulement si l'eau de chaux n'est pas précipitée par l'acide carbonique de l'air expiré, et, pour expliquer l'effet thérapeutique, il élève diverses suppositions sur lesquelles l'avenir prononcera. Il annonce qu'un peu de potasse caustique mêlée à l'eau de chaux retarde beaucoup le précipité de cette dernière; mais M. Biermer fait remarquer que l'air expiré pré-

cipite lentement l'eau de chaux, et que d'ailleurs l'effet des inhalations se produit lors de l'*inspiration*, c'est-à-dire en l'absence d'air expiré dans les voies respiratoires. Förster recommande l'emploi de la solution de lithine; elle agit, dit-il, aussi bien que l'eau de chaux, et n'est pas sujette à être précipitée. Mais le prix élevé de la lithine l'empêchera de devenir d'un usage commun. M. Biermer fait remarquer que l'action de la poussière aqueuse sur la muqueuse attaquée n'est peut-être pas la même que celle du liquide baignant des pseudo-membranes placées dans un verre. Il insiste vivement enfin sur ce fait que l'eau des inhalations était chaude ; de sorte qu'il ne décide point encore si l'amélioration est due à l'effet de la *chaleur humide* sur la muqueuse respiratoire ou aux *propriétés dissolvantes* de l'eau de chaux. Des expériences ultérieures devront trancher ces questions.

Enfin, M. le docteur Brauser, de Ratisbonne a publié, il y a trois semaines, la relation d'un cas de croup chez un enfant de quatre ans et demi, traité de la même manière et parfaitement guéri.

Ce traitement se présente donc sous d'assez heureux auspices, et nous en recommandons vivement l'essai aux praticiens. (*Gazette hebdomadaire.*)

Inoculation du virus variolique, affaibli par un mélange de crème de lait. Les questions de vaccine et de variole, étant à l'ordre du jour, nous engagent à publier la note suivante du docteur Cauro, médecin consultant de l'hospice d'Ajaccio.

M. Lanfranchi, officier de santé à Guitera (canton de Zicavo, arrondissement d'Ajaccio) et médecin cantonal, eut à combattre, en 1854, une épidémie de variole confluente, qui fit dans les neuf communes du canton plus de quatre cents victimes, parmi lesquelles étaient des enfants portant des traces évidentes d'une vaccination antérieure. Tentée dans quelques communes, l'inoculation variolique n'y diminua pas l'intensité de la maladie.

M. Lanfranchi eut alors l'idée d'essayer sur son fils un *mélange de virus variolique et de crème de lait de vache* en procédant de la manière suivante : Après avoir fait une petite incision à la partie antérieure et moyenne de l'avant-bras, il y déposa, à la pointe d'une lancette, du virus qu'il venait de soustraire à un bouton de variole, et prenant ensuite, à la pointe du même instrument, un peu de crème de lait de vache, il l'introduisit dans la même incision en l'y étendant pour le mêler au virus, après quoi il couvrit la petite blessure d'une faible couche de crème dont il attendit la dessiccation avant de faire rhabiller l'enfant.

Le résultat de cette opération ne se fit pas attendre. Une légère irritation suivit de près l'inoculation du virus variolique mitigé. Il se forma une petite croûte qui tomba ou devint indolente le troisième ou le quatrième jour ; puis, du sixième au septième jour, une inflammation plus profonde se manifesta autour de l'incision ; la fièvre s'alluma, et des pustules varioliques apparurent sur divers points du corps au nombre de sept ou huit. La fièvre fut d'ailleurs très-bénigne et l'enfant guérit sans avoir inspiré la moindre inquiétude. Six autres enfants de la même commune, non encore atteints par l'épidémie, furent soumis au même mode d'inoculation, et, comme le fils de M. Lanfranchi, ces enfants eurent une petite vérole très-bénigne.

L'été dernier, une nouvelle épidémie de variole éclata dans une commune et envahit successivement tout le canton. Comme en 1854, cette épidémie atteignit les enfants vaccinés comme ceux qui ne l'étaient pas. La petite vérole était confluente, faisant de nombreuses victimes ou défigurant ceux qui ne succombaient pas sous ses violentes étreintes. Or, dans cette circonstance, M. Lanfranchi pratiqua comme il pratique encore dans ce moment son inoculation de *variole-crème*, et les enfants qu'il a guéris ainsi sont au nombre de plus de cent. Chez tous la petite vérole a été tellement bénigne, qu'un grand nombre n'ont pas gardé le lit et jamais cette inoculation n'a donné plus de vingt boutons.

Il est difficile dans les familles de mettre à l'épreuve la vertu préservatrice de l'inoculation ainsi faite, en inoculant plus tard la variole pure ; mais ce que M. Lanfranchi n'a pu constater sur les enfants de ses clients, il l'a constaté chez son fils, à l'instigation de M. Cauro. Du virus pris sur une pustule variolique a été inoculé sans mélange de crème dix ans après l'inoculation mitigée de 1854 et le résultat a été nul. Le sujet s'est

montré complétement réfractaire à la seconde inoculation.

Quelle que soit notre vénération pour la découverte de Jenner, nous savons depuis longtemps que souvent, et en temps d'épidémie particulièrement, le pouvoir préservateur de la vaccine est loin d'être absolu. A ce point de vue surtout, l'inoculation variolique, pratiquée dans de bonnes conditions, peut être préférable à l'inoculation vaccinale. Or, puisque la méthode de M. Lanfranchi a donné des preuves suffisantes de son innocuité et en même temps de bons résultats prophylactiques, nous ne voyons pas d'objection à ce qu'elle soit expérimentée de nouveau et mise à profit par les praticiens. (*Journal de médecine pratique.*)

Des reins mobiles, diagnostic et traitement. La mobilité du rein, regardée comme plus fréquente chez la femme et du côté droit, ce qui a été attribué à la présence du foie et à l'abus du corset, est un état anormal beaucoup moins rare qu'on ne le croit communément. Cette remarque, déjà faite par M. Rayer, se trouve confirmée par les recherches de M. Walther. Le savant médecin de Dresde, en effet, ayant examiné à ce point de vue spécial tous les individus soumis à son observation, est arrivé à ce curieux résultat, que les reins sont mobiles chez un nombre considérable de sujets, qui, n'en souffrant nullement, ne s'en préoccupent et ne s'en doutent même pas. Par suite de cette absence d'accidents, nous ne diagnostiquons guère les reins mobiles, — quand nous les diagnostiquons, dit M. Trousseau dans une de ses dernières leçons cliniques, — que lorsqu'un individu qui en souffre vient se plaindre à nous. Et comme il se plaint des symptômes causés par la mobilité de son rein, nous en concluons qu'un rein mobile est chose toujours pénible et douloureuse. Or, cette conclusion n'est rien moins qu'exacte, ainsi que nous venons de le voir : la mobilité du rein n'entraîne pas nécessairement des accidents douloureux ; elle y constitue seulement une prédisposition, l'organe étant exposé, par le fait même de son déplacement, à subir des pressions, des froissements, des tiraillements, des coups, auxquels il serait soustrait s'il occupait sa situation normale. C'est par suite de cette manière illogique de raisonner, trop fréquente en médecine, que nous laissons passer inaperçue ou mal interprétée la présence de tumeurs abdominales due à la mobilité du rein ; c'est par une conséquence du même faux raisonnement, qu'une infinité d'erreurs de diagnostic ont pu se commettre dans l'espèce, puisqu'on a cru, là où il n'y avait autre chose qu'un rein mobile, à des attaques de péritonite, à des coliques nerveuses, à des névralgies, à des douleurs lombaires liées à la métrite, à des tumeurs diverses du foie, de la vésicule biliaire, de la rate, de l'intestin (telle qu'une invagination ou surtout un amas de matières fécales), enfin à un kyste fibreux de l'ovaire. Heureux encore, quand ces manières erronées d'envisager les choses n'ont pas conduit à des médications funestes !

M. Trousseau indique ou plutôt rappelle la manière de procéder à la recherche du rein mobile. Le médecin, se plaçant du côté où siége l'ectopie (supposons le côté droit), glissera sa main gauche le long du rebord des dernières fausses-côtes, entre celles-ci et la crête iliaque ; puis, de sa main droite, il déprimera lentement la paroi de l'abdomen, de manière à refouler la masse des intestins et à arriver au contact du rein déplacé, qui se trouve ainsi saisi entre les deux mains : on peut de la sorte se rendre compte de la forme obronde, à contours orbes, de l'organe, constater sa nature et sa mobilité insolite... Une fois l'existence d'une tumeur reconnue, pour éviter d'en méconnaître la nature et de la confondre avec une autre, il suffira de rechercher, d'une part, si la région rénale correspondante à la tumeur n'est pas vide, et d'autre part, si la pression ne détermine pas une sensation identique et sur la tumeur et sur le rein opposé resté en place. Enfin, une tumeur formée par le foie ne sera pas mobile comme celle formée par le rein ; la rate abaissée est plus volumineuse que le rein déplacé ; les tumeurs intestinales donnent lieu à des symptômes spéciaux et caractéristiques ; un kyste fibreux de l'ovaire est indolent ; le toucher, au besoin, et l'examen au spéculum, en permettant de constater l'état de l'utérus, mettra à même de rapporter à leur véritable cause les douleurs, qu'on croirait être celles de la métrite.

L'ectopie du rein est une infirmité sans gravité, qu'on ne peut guère espérer guérir, mais qu'on peut tou-

jours soulager, ainsi que le font voir les observations rapportées dans l'intéressante leçon que nous résumons ici. Une fois que la cause des accidents est reconnue, le traitement s'en déduit naturellement. Sans insister sur le repos, les bains, les cataplasmes, moyens auxquels on doit avoir recours en cas de sensibilité douloureuse, et qui suffiront presque toujours, la première indication serait de replacer le rein; mais la chose est à peu près impossible; tout au plus on peut espérer, chez les femmes qui font usage de corsets trop serrés, qu'une constriction moins énergique permettra au rein de reprendre sa place accoutumée. Restent deux indications secondaires: soutenir le rein et le protéger. Le même appareil y satisfera, à savoir une large ceinture de caoutchouc tissé, ou faite sur le plan de la ceinture hypogastrique, munie d'une pelote un peu concave et modifiée suivant l'occurrence, munie également de sous-cuisses destinés à la maintenir par en bas. (*Union méd.*, 1865, n° 32.)

Rein mobile pris pour une tumeur ovarique; opération; mort. La presse anglaise nous fournit, comme à point nommé, un exemple des suites funestes que peut avoir le genre d'erreur dont il vient d'être question dans l'article précédent, erreur du reste assez excusable, dans ce cas, comme on le pourra voir. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, ayant passé depuis deux années la ménopause, qui entra, en décembre dernier, à l'hôpital de Middlesex, pour se faire traiter d'une tumeur abdominale. La malade avait commencé à souffrir dans le ventre, environ quatre ans auparavant; mais elle l'avait attribué, peut-être avec raison, à une hernie du côté gauche, dont elle s'était aperçue à peu près à la même époque. En examinant l'abdomen, on trouvait, au-dessous de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane, une surface bombée, et le palper de cette partie, combiné avec celui de la région lombaire correspondante, faisait reconnaître la présence d'une tumeur paraissant avoir le volume d'une tête de fœtus à terme, mate à la percussion, à surface irrégulière, élastique à la pression, mais non fluctuante, très-mobile et non adhérente aux parties environnantes non plus qu'à la paroi abdominale antérieure. L'utérus était de volume ordinaire, plutôt petit, parfaitement mobile et indépendant de la tumeur. Il n'y avait rien de particulier du côté de la miction, ni du liquide urinaire. La malade, en proie à de vives douleurs qui la rendaient incapable de travailler, demandait instamment à être délivrée par une opération, et les chirurgiens, MM. Davis et Lawson ne s'y refusèrent pas, persuadés qu'ils avaient affaire à un kyste ovarique libre de toute adhérence, et par conséquent, facile à enlever par les procédés de l'ovariotomie. L'opération fut pratiquée le 26 janvier dernier. Mais l'incision abdominale faite, on reconnut que la tumeur avait une enveloppe péritonéale complète, se prolongeant sur un pédicule qui l'attachait à la paroi postérieure de l'abdomen, et de ce pédicule se continuant avec le péritoine pariétal. Une petite incision faite dans cette enveloppe, mit à découvert un tissu qui ne parut pas être celui d'un kyste ovarique, et d'où une ponction exploratrice ne tira que quelques gouttes de sang. On supposa alors que la tumeur était un rein déplacé, et, abandonnant l'opération, on réunit la plaie abdominale par quelques points de suture. La malade mourut deux jours après de péritonite. L'autopsie fit reconnaître que la dernière supposition était en grande partie fondée, sinon en totalité: la tumeur consistait, en effet, en une production de nature encéphaloïde développée sur le rein gauche, lequel était mobile, suspendu à un pédicule formé par ses vaisseaux distendus et allongés, le tout recouvert d'une enveloppe fournie par la séreuse abdominale. (*Lancet*, 18 mars 1865.)

Statistique des opérations d'ovariotomie. M. Spencer Wells a fait un livre avec toutes les observations d'ovariotomie et de gastrotomie qu'il a pratiquées soit pour des kystes de l'ovaire, soit pour des corps fibreux de l'utérus.

Nous avons publié plusieurs de ces observations qui étaient apportées par les journaux anglais, et nos lecteurs connaissent déjà la pratique anglaise sur le sujet.

Nous ne pouvons entreprendre une statistique complète; prenant seulement les faits en bloc, nous voulons examiner quels ont été les résultats.

En 1858, M. Spencer Wells a fait trois ovariotomies, qui lui ont donné une guérison et deux morts.

En 1859, onze opérations ont été pratiquées; il y a eu six morts et cinq guérisons. Deux fois les malades ont été atteintes de tétanos, et une d'elles a guéri. (Voir notre dernier numéro).

En 1860, sept ovariotomies ont donné pour résultat trois morts et quatre guérisons.

En 1861, M. Wells a fait neuf fois l'ovariotomie; six malades ont guéri, trois sont mortes.

En 1862, vingt et une opérations ont donné les résultats suivants: seize guérisons; cinq morts; une malade a succombé au tétanos.

En 1863, trente et une opérations ont été pratiquées, et il y a eu seize guérisons et quinze morts. Parmi ces derniers cas, deux fois les malades qui avaient succombé présentaient des embolies cardiaques.

Une fois, un corps fibreux avait été enlevé en même temps qu'une tumeur de l'ovaire. Une fois la plaie abdominale était devenue cancéreuse.

En 1864, trente opérations d'ovariotomie ont été accomplies. Vingt-deux fois la guérison a eu lieu et huit fois la mort est survenue dans un délai plus ou moins rapproché. M. Spencer Wells a coupé et réduit le pédicule sept fois, et la mort a été observée dans quatre de ces cas.

L'auteur a fait suivre ces cent quatorze observations de cinq observations de gastrotomie pratiquées pour enlever des corps fibreux, et de onze observations d'ovariotomie incomplète.

Les cinq malades soumises à l'opération de la gastrotomie pour des corps fibreux sont mortes.

Sur les onze malades soumises à des opérations d'ovariotomie incomplètes, c'est-à-dire dans des cas où on n'avait pu enlever qu'une portion de la tumeur trop adhérente aux parties voisines, ou on n'avait pu vider qu'une partie des kystes, ou il y avait erreur de diagnostic (une péritonite tuberculeuse prise pour un kyste ovarique); trois fois seulement la mort a pu être attribuée à l'opération elle-même. Huit malades sont mortes dans un délai dépassant quatre mois. Trois malades sont mortes dans les quinze jours qui ont suivi l'opération.

Ne pouvant entrer dans de plus grands détails, nous nous bornerons à dire à nos lecteurs que les tumeurs enlevées étaient par ordre de fréquence des kystes multiloculaires, des kystes formés par une loge principale et de petits kystes accessoires à l'intérieur, des kystes uniloculaires et des tumeurs formés par des masses colloïdes, et quelques cancers. Les tumeurs étaient portées par des malades de tout âge.

De l'emploi et de la contre-indication des eaux sulfureuses dans le traitement des ulcères et des plaies anciennes. Les eaux minérales sulfureuses, entre autres celles de Baréges, sont recommandées dans le traitement des ulcères et des plaies anciennes; mais l'expérience, loin de démontrer constamment l'efficacité de la médication thermale sulfureuse dans la cure des ulcères atoniques, témoigne, au contraire, non-seulement d'insuccès, mais encore de véritables contre-indications.

Bordeu, qui croyait fermement à la force cicatrisante des eaux de Baréges, avait pris ses réserves à ce sujet; il raconte des exemples frappants d'insuccès et d'aggravation dans plusieurs cas d'ulcères cancéreux traités à Baréges sous sa direction, et il avoue que tous les ulcères, dépendant d'affection des os ou autres, ne guérissent pas conformément par ces eaux.

A l'exemple de son illustre devancier, M. Le Bret, inspecteur de cette station, rapporte un certain nombre d'observations dans lesquelles, à la suite surtout de bains et de douches trop prolongés prises spontanément par les malades, malgré les recommandations des médecins, il vit les plaies se recouvrir d'une pellicule blanchâtre, désignée à tort, suivant nous, sous le nom de *diphthérite*. Dans deux cas de syphilis constitutionnelle, le phagédénisme fut réveillé et aggravé avec une intensité qui représente la contre indication la plus évidente; de même chez deux malades, atteints l'un de cancroïde, l'autre atteint d'un ulcère succédant à l'ablation d'une tumeur maligne.

Il est à noter, dans tous ces cas, que plus les eaux usitées étaient minéralisées et chaudes, et appliquées avec plus de persistance, plus rapidement l'exsudation morbide se produisait, et plus aussi elle a pris d'extension. Bientôt cette plaque couenneuse elle-même se mortifiait, et M. Le Bret n'hésite pas à les envisager comme le résultat d'une gangrène interstitielle, consécutive à une poussée inflammatoire, et par les conclusions suivantes :

Les eaux sulfureuses, fortes et ther-

males, particulièrement celles de Barèges, sont contre-indiquées dans le traitement des ulcères phagédéniques et cancéreux.

Dans beaucoup de plaies atoniques, en dehors des catégories précédentes, l'emploi de ces mêmes eaux ou rend l'ulcération stationnaire, loin de contribuer à la cicatriser, ou bien y développe la production de fausses membranes, qui se gangrènent rapidement.

Toutes choses égales d'ailleurs, il faut beaucoup de ménagements dans le traitement, et appliquer de préférence les eaux sulfureuses les moins minéralisées et les moins chaudes à la cure des ulcères en général. (*Union médicale de la Gironde.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Note sur un procédé propre à prévenir la suppuration après l'ablation de certaines tumeurs, de manière à obtenir la guérison de la plaie par première intention. Il importe à la face et au cou que les opérations ne laissent pas de traces apparentes, et la réunion immédiate permet le mieux d'atteindre ce but si désirable ; mais souvent il n'est pas possible de l'appliquer, et alors il faut s'attendre à des suppurations prolongées qui donnent lieu d'ordinaire à certains inconvénients assez graves. Les cicatrices qui succèdent à des suppurations de longue durée, surtout chez les personnes scrofuleuses ou lymphatiques, présentent ces inconvénients au plus haut degré. Dans un cas particulier, M. Pétrequin, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a eu recours à un procédé qui a permis de prévenir toute suppuration après l'ablation d'une tumeur du cou.

Voici, en résumé, l'observation : Un homme, âgé de vingt-huit ans, doué d'une assez bonne constitution, portait au côté droit de la face et du cou une glande à forme oblongue, du volume d'un œuf de poule environ; elle était mobile sur les parties profondes, mais la peau commençait à prendre quelques adhérences à la surface, en sorte que la suppuration était à redouter. L'emploi d'un traitement résolutif ne produisit aucun résultat, et M. Pétrequin se résolut à faire l'ablation de la tumeur avec le bistouri, opération rendue facile par l'isolement absolu de la tumeur et sa situation superficielle.

Le chirurgien prit ensuite de la teinture d'iode iodurée, y plongea un tampon de linge avec lequel il badigeonna rudement les parois de la cavité, pour changer autant que possible leur manière d'être, et y revint à deux fois. « Cela fait, dit M. Pétrequin, je réunis la plaie par le haut, dans l'étendue de 2 centimètres, avec un point de suture entortillée. La cavité se trouva notamment réduite : je la garnis de deux petites mèches de linge trempées dans la même teinture iodée. Je fermai hermétiquement la plaie avec une série de languettes de toile imprégnées de collodion; et, en établissant une compression concentrique, je recouvris le tout de bandelettes de diachylon et d'une capeline à bandes croisées. Je prescrivis le repos, le silence, des tisanes délayantes et un régime ténu. »

Douze jours environ après l'opération, la cavité était comblée, la guérison complète, et cela avec tous les avantages d'une réunion primitive, c'est-à-dire sans inflammation, sans suppuration et sans engorgement ni endolorissement des bords ; la cicatrice était fort belle, étroite, incolore. Après cinq mois, elle était linéaire et presque invisible, cachée, d'ailleurs, par les favoris.

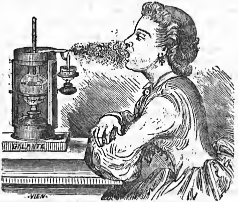
L'auteur emploie la solution d'iode iodurée suivante : iodure de potassium, 1 gramme; teinture d'iode, 10 grammes. Il fait suivre son observation de quelques réflexions sur l'efficacité de l'iode, « ce précieux médicament qui tarit les sécrétions purulentes, ou du moins les assainit mieux peut-être que tout autre agent de la matière médicale. » (*Société impériale de médecine de Lyon.*)

Nouveau pulvérisateur des liquides. Cet appareil, présenté par M. le professeur Gavarret, et dont M. le docteur Morpain s'est servi le premier en France, a été imaginé par le docteur Siègle, de Stuttgart, et est fabriqué par M. Galante.

Il a, sur les pulvérisateurs connus, l'avantage de fonctionner seul, et de pulvériser les liquides médicamenteux sous forme de brouillard chaud ou froid, à volonté.

Cet appareil se compose : d'un cylindre en métal, à l'intérieur duquel est placée une lampe à alcool qui sup-

porte une chaudière en cristal. Cette chaudière est munie d'un goulot dans lequel est placé un bouchon en caoutchouc percé de deux trous. Dans l'un de ces trous passe un tube en cristal coudé horizontalement, et terminé par une ouverture capillaire ; à l'extrémité de ce tube est soudé un autre tube placé verticalement, et dont l'extrémité inférieure plonge dans un petit vase en porcelaine, dans lequel on met le liquide médicamenteux que l'on veut réduire en poussière. Ce petit vase est placé à l'extérieur du cylindre, et immédiatement au-dessus d'une lampe à alcool, destinée à chauffer son contenu.



Aussitôt que la chaudière entre en ébullition, la vapeur s'échappe par le tube horizontal, et, en passant à l'orifice supérieur du tube vertical, elle aspire le médicament et le pulvérise.

Dans le second trou est placé, soit un manomètre au mercure marquant la force de pression, soit une soupape de sûreté, qui se lève lorsque la vapeur atteint deux atmosphères. (*Acad. de médecine.*)

VARIÉTÉS.

Etudes médicales sur le tabac [1].

Lues à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 21 février 1865, par M. Jolly, membre de l'Académie.

En général, les fumeurs ont les gencives et les lèvres plus ou moins rouges et tuméfiées ; leurs dents deviennent d'abord jaunes, puis fuligineuses, et s'altèrent à la longue dans leur émail ou substance vitrée, de manière à se découronner et à ne plus conserver que leur substance osseuse, dont la carie achève tôt ou tard la destruction, chez ceux du moins qui font un excessif abus de la pipe ou du cigare. Ce qui faisait dire à un de nos plus regrettables dentistes, à l'habile et spirituel Toirac, qui pourtant ne s'en privait pas, que le seul abus du tabac pouvait suffire à défrayer son art.

Mais il y a quelque chose de plus grave à craindre de l'abus de la pipe ou du cigare, c'est le cancer des lèvres, devenu plus fréquent depuis quelques années, comme pour faire aussi une légère part à la chirurgie dans les libéralités du tabac. Et ici, il n'y a pas lieu non plus de mettre en doute le fait de causalité ;

[1] Suite et fin, voir la dernière livraison, p. 278.

car on sait que le cancer des lèvres atteint presque exclusivement les hommes qui abusent de la pipe. Il résulte même d'une statistique du cancer, due à de laborieuses recherches de Leroy (d'Étioles), que le cancer des lèvres figure à peine pour 1 pour 100 chez la femme, même avec des cas observés chez des femmes qui fumaient, ainsi que M. Larrey nous a dit en avoir rencontré des exemples; tandis qu'il compte pour plus de 1/26 chez l'homme; et ce qui est encore d'observation signalée par la chirurgie contemporaine, et que notre éminent collègue et ami M. Velpeau a soin de rappeler aux nombreux élèves de sa clinique, c'est que le cancer des lèvres a lieu le plus ordinairement du côté de la bouche affecté à l'usage de la pipe ou du cigare. Dois-je rappeler à ce sujet un fait que je trouve dans l'intéressant rapport de M. le docteur Bergeron, sur la statistique des décès du 3e arrondissement municipal de Paris, à savoir, que la prédominance de décès observée chez la femme, pour tous les genres de cancer, même pour le cancer du foie, du pancréas, de l'épiploon, etc., disparaît, au contraire, pour le cancer de l'estomac, qui devient plus fréquent chez l'homme, dans la proportion de 53 pour 100?

Je n'ai pas besoin d'ajouter ici que rien n'égale les dangereux effets de la chique; et pour le comprendre, il suffirait de savoir que le tabac des chiqueurs ne contient pas moins de 6 pour 100 de nicotine; et ce qu'il faut encore se rappeler, c'est que dans l'usage de la chique, plus encore que dans celui du cigare, il y a d'autant plus à en redouter les effets que l'on chique à jeun.

Peu de personnes savent, sans doute, que notre célèbre philosophe Malebranche, qui, dans les dernières années de sa vie, avait contracté la funeste habitude de chiquer, mourut d'un cancer de l'estomac; mais ce que plusieurs d'entre nous ne peuvent ignorer, c'est que le professeur Petit-Radel, qui avait servi longtemps dans la marine, et qui ne se faisait faute ni de la chique ni de l'absinthe, mourut, jeune encore, d'un cancer du pylore.

Personne ne pensera, d'ailleurs, qu'une atmosphère plus ou moins chargée de vapeurs de tabac, comme celle que l'on respire dans les estaminets, dans les fumoirs privés, dans des lieux concentrés ou même dans les compartiments spéciaux des chemins de fer, puissent être indifférent à la santé. Pour prouver le contraire, il suffirait encore de savoir que la fumée de tabac tient elle-même en suspension une certaine quantité de nicotine, qu'un habile chimiste, M. Melsens, a su mettre à nu dans des proportions nécessairement variables, suivant le volume du gaz analysé et la provenance du tabac mis en usage, et qu'il évalue en moyenne à 7/10 pour 100. On sait qu'un grand nombre de personnes, surtout des femmes et des enfants, ne peuvent séjourner quelque temps dans ces milieux nicotisés sans éprouver des maux de tête, des nausées, des étourdissements, même des syncopes.

Beaucoup de fumeurs, qui s'éloignent volontiers du foyer domestique pour aller se délecter plus à l'aise dans les estaminets et les cercles, y trouvent plus encore des effets d'intoxication nicotique.

Notre honorable collègue M. Ségalas nous citait, il y a peu de jours, l'exemple d'un jeune homme qui passait une partie de sa vie dans un fumoir public où, tout en respirant un air saturé de vapeurs de tabac, il consommait plus de vingt cigares dans les vingt-quatre heures du jour et de la nuit. Il n'en fallait pas tant pour porter de graves atteintes à sa santé, et bientôt, en effet, il vit ses fonctions digestives s'altérer de jour en jour, sa mémoire et son intelligence s'affaiblir d'une manière sensible, toutes ses forces musculaires défaillir, au point de le condamner à l'impuissance anaphrodisique. Il avait des projets de

mariage, et justement préoccupé du cas d'empêchement qu'il n'avait pas prévu, il alla prudemment demander des conseils à la médecine. Notre judicieux confrère put facilement l'éclairer sur la véritable cause de tous les désordres survenus dans sa santé et sur les moyens tout simples d'y remédier. Il se borna à lui prescrire, comme seule règle de traitement, d'occuper autrement ses loisirs, de changer ses habitudes de vie et de régime; en un mot de quitter le cigare et de fuir les milieux nicotisés. Ses conseils furent aussi docilement écoutés que fidèlement observés, et quelques semaines suffirent pour rendre le malade à une parfaite santé et à toutes les conditions d'aptitude au mariage.

Mais voici bien un autre fait qui suffirait pour convaincre les plus incrédules sur la puissance toxique du tabac, comme pouvant même donner lieu à une asphyxie mortelle :

Un jeune homme de dix-sept ans était venu voir son oncle, attaché au service d'une ferme, où il occupait une chambre étroite et peu aérée. L'oncle rentra le soir en compagnie de deux camarades, et tous trois se mirent à fumer jusqu'à minuit; l'atmosphère de la chambre était tellement chargée de fumée de tabac, qu'on se voyait à peine; les deux compagnons s'étant retirés, l'oncle se mit en mesure de se coucher auprès de son neveu; mais au moment où il entrait dans son lit, il s'aperçoit que le pauvre enfant est tout froid. Il appelle de tous côtés, l'on accourt, et après quatre heures de vains efforts pour le rappeler à la vie, il succombe à tous les accidents d'asphyxie et de congestion cérébrale. (*Journal de chimie et de toxicologie*, t. XV.)

Mais un fait plus général, qui démontre jusqu'à l'évidence toute la puissance toxique d'une atmosphère plus ou moins chargée de nicotine, c'est l'exemple des ouvriers employés dans les manufactures de tabac, qui, pour la plupart, sont condamnés à subir des accidents d'intoxication plus ou moins graves, même après avoir donné à l'administration toutes les garanties de bonne constitution et de parfaite santé, par une visite préalable à leur entrée.

Plus des quatre cinquièmes des ouvriers sont forcés de suspendre leurs travaux et de s'éloigner au moins momentanément de leurs ateliers pour cause de maux de tête, de nausées, d'étourdissements, d'inappétence, de coliques et de vomissements. Il y a peu de temps même que l'un d'eux périt asphyxié dans un atelier de fermentation où il s'était endormi. Des oiseaux placés sous la même influence y languissent et meurent comme frappés d'empoisonnement; les plantes y subissent assez promptement le même sort. C'est ainsi que notre savant collègue et ami M. Mêlier a pu voir périr, en peu de temps, des orangers, des chrysanthèmes et autres plantes qu'il avait placées à dessein, bien portantes, dans une atmosphère de tabac.

Il faut pourtant dire que, après leur premier tribut d'acclimatement, les ouvriers des manufactures de tabac peuvent revenir à leurs ateliers pour y continuer leurs travaux, comme les fumeurs peuvent reprendre leurs pipes ou leurs cigares sans avoir à en subir de nouveau les premiers effets.

On se tromperait néanmoins si l'on croyait que, après cela, l'on ait pu acquérir toute puissance d'immunité contre les émanations du tabac. Il est très-vrai que l'habitude peut rendre muette ou imperceptible toute impression directe des médicaments et des poisons; mais est-ce à dire qu'il n'y ait d'action réelle que celle du moment pour les médicaments et les poisons? est-ce à dire que l'organisme doive rester indifférent à la continuité d'action d'une substance aussi énergique que celle du tabac? La plus simple réflexion pourrait déjà répondre du contraire; mais l'observation va nous dire mieux encore ce qu'il

faut en penser ; et, pour cela, nous retrouvons l'exemple des ouvriers des manufactures de tabac.

Presque tous, en effet, conservent un air de souffrance avec des caractères physiques d'une vieillesse anticipée ; ils ont un teint blafard qui participe à la fois des nuances chlorotique et cachectique ; ils éprouvent souvent des maux de tête, des digestions laborieuses, des alternatives de diarrhée et de constipation, avec plus ou moins d'amaigrissement, quelquefois de la titubation et du tremblement des membres. Dans quelques cas, ils arrivent à un tel degré de dépérissement et de chloro-anémie, que des hémorrhagies dites *passives* ont lieu, dans les deux sexes, comme conséquence nécessaire de la déperdition des aliments fibrineux ou des propriétés plastiques du sang. Il est juste de dire que l'administration, dont la sollicitude est parfaitement éclairée, veille sur l'hygiène des ateliers et sur la santé des ouvriers avec une attention toute paternelle, et qu'elle a su, par de sages mesures, atténuer les effets du séjour et du travail dans les manufactures de tabac.

Pour peu que l'on observe aussi les fumeurs, on trouve facilement en eux tous les caractères physiologiques de leur profession, bien qu'ils ne s'en aperçoivent pas toujours eux-mêmes. Ils ont le teint plus animé, les yeux rouges et injectés, une expression de physionomie fatiguée, qui n'échappe guère à des yeux attentifs.

Chez quelques-uns, et ce ne sont pas les novices, l'on observe, comme effet habituel de contraction et de relâchement musculaire de la bouche, deux rides plus ou moins profondes partant des commissures des lèvres et recevant comme deux petits chenaux tous les fluides salivaires qui découlent sur le menton.

Si vous les interrogez, et s'ils sont sincères, ils vous diront qu'ils éprouvent habituellement une soif plus ou moins vive qu'entretient un sentiment de chaleur et d'ardeur de la bouche et de la gorge. Ils pourront vous dire aussi qu'ils ont peu d'appétit, que leurs digestions sont lentes et pénibles ; qu'ils éprouvent des alternatives de constipation et de relâchement, avec ou sans coliques. Quelquefois ils maigrissent jusqu'à ce qu'ils acquièrent, au contraire, un certain degré d'embonpoint comme effet inévitable de l'état d'inertie, d'indolence et de somnolence dans lequel ils tombent le plus ordinairement.

A ces premiers symptômes viennent graduellement s'ajouter l'obtusion des sens, la lenteur des conceptions, l'affaiblissement de la mémoire, le défaut de précision des mouvements musculaires, le tremblement sénile, en un mot, tout ce qui dénote déjà un état morbide des centres nerveux, et de là encore ces troubles symptomatiques de la circulation donnant lieu à ce pouls désordonné, lent, inégal, et si justement nommé *pouls cérébral*; de là même la diminution ou l'abolition des sens de la vue et de l'ouïe, ainsi que l'attestent encore les témoignages de l'expérience la mieux éclairée. Notre honorable confrère M. Bonnafont pourrait vous dire ce qu'il en pense relativement à la surdité ; un habile oculiste, M. Sichel, a publié, il y a quelques années, des exemples remarquables d'amaurose, qu'il n'hésite pas d'attribuer aux abus du tabac. Le docteur Hutchinson, chirurgien en chef du grand hôpital de Londres, a pu également constater la fréquence de l'amaurose chez les individus livrés aux excès du tabac et de l'alcool. Sur 37 cas d'amaurose bilatérale exempts de toute lésion organique appréciable, il a pu compter 23 fumeurs qu'il appelle de premier ordre, 2 de second ordre, et 12 dont il n'a pu avoir que des renseignements incomplets ou équivoques à l'égard du tabac, mais qui faisaient un excessif abus de spiritueux. (*Gazette hebd.* du 20 novembre 1863.)

Le tabac exerce si manifestement ses effets sur les centres nerveux, et spécialement sur la fibre motrice, ainsi que l'a encore démontré M. Cl. Bernard, que l'on a pu souvent attribuer l'épilepsie à ses abus. Un journal politique (*le Temps*) en publiait, il y a quelques jours, un exemple remarquable chez un jeune étudiant qui était arrivé à un état d'idiotie épileptique par suite d'ivresse permanente de tabac; et sir Charles Hastings dit n'avoir jamais vu de cas d'épilepsie aussi grave que celui d'un enfant de douze ans qui avait pris l'habitude de fumer outre mesure depuis deux ans. Avant de connaître ce renseignement, on l'avait traité par une multitude de remèdes, restés tous inefficaces; mais, dès qu'il fut possible de mettre un terme à sa déplorable passion, il put guérir promptement de sa maladie. (*Journal de chimie*, 23 novembre 1861.)

Là ne s'arrêtent pas encore les effets de l'abus du tabac; ce qu'il n'est plus permis de mettre en doute aujourd'hui, c'est la part qu'il a pu prendre au développement progressif des maladies mentales, et plus spécialement à l'étiologie de cette forme d'aliénation si vaguement dénommée sous le titre de *paralysie générale* ou *progressive*, et qui, depuis un certain nombre d'années, se multiplie de manière à encombrer de toutes parts les maisons de santé et les asiles d'aliénés.

On doit à MM. Guislain et Hagon d'avoir, les premiers, signalé la double influence de l'abus du tabac et des spiritueux sur le développement presque inouï de cette maladie; et ce qui paraît justifier l'opinion des deux médecins belges, c'est la statistique suivante :

En 1818, jusqu'en 1830, le produit du tabac étant de............	28,000,000, il y avait	8,000 aliénés.	
En 1838, le produit du tabac étant de.	30,000,000 —	10,000	—
En 1842, — —	80,000,000 —	15,000	—
En 1852, — —	120,000,000 —	22,000	—
En 1862, — —	180,000,000 —	44,000	—

Ces derniers chiffres ne supputant que le nombre des aliénés *séquestrés*, si l'on y ajoute celui des aliénés *traités à domicile*, l'on aura facilement un total non exagéré de plus de 60,000 aliénés pour la France de 1862; et si l'on veut tenir compte aussi de toutes les autres formes de maladie des centres nerveux, qui témoignent d'une commune étiologie et qui ne figurent dans aucune statistique, telles que les myélites chroniques, les paraplégies, toutes les névropathies *myositiques*, on arrivera facilement au chiffre de plus de 100,000 individus qui, à ce point de vue seulement, subissent plus ou moins les effets toxiques du tabac.

Ce qu'il faut regretter à ce sujet, c'est que dans les statistiques annuelles que publie l'administration sur l'état sanitaire de la France, elle n'ait pas encore distingué par catégorie les variétés de forme que peut affecter l'aliénation mentale; non-seulement elle aurait pu constater l'énorme proportion des cas de paralysie progressive, mais elle aurait pu facilement en saisir la cause principale dans l'abus du tabac, ce qui devrait mériter à la maladie le nom de *paralysie nicotique*, tout aussi bien que l'on a pu donner le nom de *saturnine* à la paralysie due aux émanations de plomb.

Obligé de chercher ailleurs que dans les statistiques officielles les documents qui pouvaient le mieux nous éclairer sur ce point encore obscur de la pathologie mentale, nous les avons trouvés, autant qu'il était permis de l'espérer, dans les asiles publics et privés; là, en effet, nous avons pu nous convaincre

que dans les services d'hommes, c'est toujours la paralysie progressive ou myositique qui domine, au point de constituer à elle seule l'excédant du chiffre normal des aliénés, quand les autres formes d'aliénation ne souffrent pour le nombre que de faibles variations. Et ce qui pouvait être également digne de remarque, c'est que toutes les fois qu'il nous a été possible de compléter nos renseignements sur les antécédents de la maladie, ils sont encore venus confirmer les tristes effets de l'abus du tabac.

Rien de semblable dans les asiles de femmes aliénées; on n'y trouve plus que les formes pour ainsi dire classiques de la folie, c'est-à-dire les délires maniaque, lypémaniaque, monomaniaque et autres, soit aigus, soit chroniques, soit continus soit intermittents, en un mot, toutes les névropathies inhérentes à la vie vie morale de la femme, et ayant leur commune source dans l'organisation même, dans une physiologie toute sexuelle; et si quelques cas rares de paralysie générale ou progressive s'y rencontrent, les exceptions elles-mêmes sont encore un enseignement qui pouvait également éclairer l'étiologie de la maladie, en ce qu'elles accusent ordinairement des mœurs exceptionnelles, des excès de tous genres, même celui de l'usage du tabac dont quelques femmes paralytiques nous ont offert des exemples soit en ville, soit dans les asiles d'aliénés.

Si ce ne sont là encore que de simples coïncidences, on se demandera pourquoi la maladie fait si spécialement acception des individus qui subissent l'influence du tabac, et d'un tabac plus ou moins saturé de nicotine? Pourquoi les militaires, les marins surtout, qui surpassent le reste de la population dans les excès de la pipe et du cigare, figurent toujours en première ligne dans le chiffre des aliénés paralytiques? Pourquoi les personnes qui, au contraire, s'abstiennent de fumer, les femmes, par exemple, sont si rarement atteintes de paralysie générale? Pourquoi, enfin, toutes les populations qui ne fument pas, ou qui ne fument qu'un tabac sans nicotine, ou même d'autres substances plus inertes, le houblon, le thé, l'anis, sont encore si généralement exemptes de cette maladie?

Il nous a été facile, d'ailleurs, de constater un autre fait bien probant, c'est que, dans certaines provinces de la France, dans la Saintonge, le Limousin, la Bretagne, etc., où l'on ne fume presque pas, mais où l'on fait une énorme consommation d'eau-de-vie, la paralysie progressive y est à peu près inconnue. Ce qui ne ferait que confirmer l'expérimentation physiologique où M. Cl. Bernard a pu démontrer que la nicotine agit spécialement sur la faculté motrice, l'alcool sur la faculté sensitive. Il nous paraît donc suffisamment établi, d'après ce concours de témoignages et de preuves que, si l'abus des spiritueux ne peut pas être considéré comme chose indifférente dans la question de développement des maladies mentales, il y a pourtant lieu d'attribuer plus spécialement à l'abus du tabac la cause essentielle de la paralysie progressive des aliénés; de cette maladie qui figure aujourd'hui pour plus de 60 pour 100 dans le chiffre total des aliénés. Un tel fait pourrait-il être sans influence sur le mouvement de la population? Un seul mot traduit en quelques chiffres suffira pour dire ce qu'il faut en penser.

Avant 1844, les naissances dépassaient annuellement les décès de 150,000, chiffre rond; et de là, jusqu'à cette époque, un accroissement successif et presque normal de la population de la France. Mais en 1847, on signale pour la première fois un excédant de mortalité de 107,000 décès sur le chiffre des naissances. En 1854, l'on constate encore un excédant de 69,000 décès sur les

naissances, chiffre qui, ajouté aux 150,000 pour les décès de 1865, donne comme perte réelle de population un total de 219,000 décès d'excédant sur le chiffre des naissances.

Après avoir cherché en vain pour 1847 la cause de cette mortalité dans la cherté des vivres, dans le résultat de la guerre, dans les épidémies, toutes causes qui, comme on le sait, ne donnent généralement lieu qu'à de faibles oscillations dans le mouvement de la population, l'administration s'est demandé à quoi il fallait l'attribuer, sans songer qu'il fallait la chercher ailleurs pour la trouver. Et d'abord, sans même parler ici de tous les tristes calculs d'une prévoyance plus ou moins morale que le besoin de fortune peut concevoir pour le sort de la famille, et qui ne peuvent se traduire en chiffres, bien qu'ils aient leur influence incontestable sur la population, on sait déjà que les 60,000 aliénés paralytiques, aussi bien que tous ces nombreux paraplégiques ou myositiques à marche titubante, que l'on rencontre sans cesse dans les rues, la pipe ou le cigare à la bouche, et la canne à la main pour maintenir leur équilibre, ne peuvent plus compter pour l'accroissement de la population; et ce qui ne peut plus être ignoré comme pouvant avoir le même résultat physiologique, c'est l'effet *dirimant* du tabac sur la faculté même qui préside à la conservation de l'espèce. On a même lieu de penser que des monstruosités anatomiques ont pu être les tristes fruits de conceptions accomplies sous l'influence de l'ivresse nicotique aussi bien que de l'ivresse alcoolique, dont on a produit dans cette enceinte des exemples bien remarquables.

Quoi qu'il en soit, en décomposant les tables de mortalité pour les vingt dernières années, on trouve comme résultat qui doit surtout éclairer la question, une proportion beaucoup plus élevée de décès pour les hommes de 30 à 50 ans que pour les femmes, de telle sorte que le nombre des femmes qui, avant cette époque, était inférieur à celui des hommes, le dépasse de plus en plus en avançant dans la vie, pour augmenter plus ou moins celui des veuves et des célibataires; ce qui, assurément, ne pourrait être non plus une cause d'accroissement de la population.

On se demande naturellement à quoi attribuer le vide qui s'opère dans la population masculine pendant cette florissante période de la vie et ce qui a pu emporter alors les éléments les plus virils de la population. De 30 à 50 ans, l'homme n'a déjà plus à compter avec la guerre, il a payé sa dette de sang à la patrie; il a payé aussi son principal tribut aux maladies de l'adolescence, aux fièvres éruptives, aux fièvres typhoïdes, même aux maladies tuberculeuses; il jouit de tous les bienfaits de l'hygiène, et la cherté des vivres n'atteint guère son existence dans aucune privation, pas même dans celle du tabac; d'où peut donc venir un pareil vide? La statistique de la mortalité peut encore le dire, en nous permettant de constater chez les hommes un plus grand nombre de décès dus aux maladies des centres nerveux, à toutes les formes de maladies mentales, aux ramollissements du cerveau et de la moelle épinière, aux paralysies générales, en un mot, à cette longue série d'affections qui viennent accuser tous les genres d'ivresse physique, morale, intellectuelle, mais où l'on peut toujours voir figurer en première ligne les effets de l'abus du tabac.

Le fait étant donc bien démontré, quelle mesure apporter au mal? Proposer la suppression du tabac comme remède radical, ce serait par trop d'illusion, ce serait méconnaître à la fois le cœur humain, la puissance de l'habitude, la tyrannie de la mode et jusqu'aux mœurs d'une nation. Ce serait vouloir l'impossible, et je ne pouvais avoir cette prétention; mais j'ai cru du moins qu'il

pouvait être permis de soumettre aux appréciations de la science et de l'administration sanitaire les propositions suivantes :

1° Substituer dans le commerce, dût-on les payer bien cher, les tabacs du Levant, de Grèce, des Arabes, du Paraguay, du Brésil et autres, ne contenant que de faibles proportions de nicotine, aux tabacs plus ou moins saturés de ce principe toxique. Ce qui rendrait à l'agriculture les quelques 20,000 hectares d'excellentes terres qu'elle consacre à la culture d'une plante vénéneuse, et ce qui concilierait déjà les intérêts de l'hygiène publique et du régime fiscal.

2° Ou bien : dépouiller nos tabacs indigènes de leurs excès de nicotine, s'ils doivent rester dans le commerce, par des moyens qui sont au pouvoir de la science des chimistes, et que je n'ai pas besoin d'indiquer ici, dût-on pour cela remplacer le principe toxique par des parfums qui ne manqueraient pas pour répondre à tous les goûts individuels, et qui ne seraient pas seulement plus hygiéniques, mais plus agréables aux sens que les odeurs âcre, empyreumatique et ammoniacale des tabacs nicotisés.

3° Enfin, éclairer la raison publique sur la valeur relative ou hygiénique des diverses sortes ou provenances de tabac, afin de la prémunir contre les effets plus ou moins nuisibles qu'elles peuvent avoir sur la santé.

Par divers décrets ont été nommés chevaliers de l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

MM. Nozeran, chirurgien auxiliaire de 3e classe de la marine, et Decret, vétérinaire en second.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Renaudin, docteur ès sciences et docteur en médecine, directeur de l'asile public d'aliénés de Maréville, près Nancy, chevalier de la Légion d'honneur, etc., etc. Ce confrère, si estimé et si universellement regretté, était en province le représentant le plus éminent de la science aliéniste ; il a publié en 1852 un ouvrage intitulé : *Etudes médico-psychologiques*, et en 1863 un livre ayant pour titre : *Commentaires médico-administratifs sur le service des aliénés*.

M. Renaudin avait pris, en outre, une part active, depuis vingt-deux ans, à la rédaction des *Annales médico-psychologiques*.

M. le docteur Béraud, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, chevalier de la Légion d'honneur, vient de succomber subitement.

Quoique bien jeune encore, quarante et un ans, M. Béraud avait attaché son nom à de nombreux travaux d'anatomie et de physiologie.

La Société royale pour la prévention des cruautés envers les animaux, établie à Londres, offre un prix de 1,000 francs à l'auteur du meilleur essai, écrit en langue française, sur la vivisection des animaux.

Voici le programme des questions à traiter :

La vivisection est-elle indispensable pour donner aux praticiens l'assurance et l'habileté nécessaires dans les opérations chirurgicales et vétérinaires ?

Si elle est indispensable dans l'intérêt de la science, sous quelles conditions peut-elle être exercée ?

Les mémoires devront être adressés, avant le 1er février 1866, soit au siége de la Société de Londres, Pall Mall, 12, soit au siége de la Société protectrice, à Paris, rue de Lille, 34, d'où ils seront envoyés en Angleterre. — Le prix sera décerné par la Société de Londres dans une des séances du Congrès des Sociétés protectrices, lequel doit se tenir à Paris dans le courant de l'année 1866.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Discours d'ouverture de M. le professeur Trousseau (1).

Aujourd'hui qu'après treize années écoulées je remonte dans cette chaire, que j'avais occupée pendant quinze ans, permettez-moi de vous dire, messieurs, ce que j'avais pu faire déjà pour l'enseignement de la thérapeutique.

Après 1835, j'avais entrepris avec un de mes excellents amis et collègues, M. Pidoux, une tâche des plus laborieuses, c'est-à-dire la rénovation de ce qu'on appelait la thérapeutique. Avant nous (et ici qu'on me pardonne cette petite vanité, bien permise aux gens qui vieillissent), avant nous, dis-je, la thérapeutique se trouvait dans les livres de clinique, dans des traités spéciaux sur telle ou telle maladie, mais la thérapeutique y était accolée à l'histoire naturelle et à la pharmacologie, et elle y occupait la position la plus infime. De sorte que le professeur de thérapeutique était un pharmacologiste, un botaniste ou un droguiste, mais n'était rien moins qu'un médecin.

Si vous voulez lire des livres anciens sur la matière et même les livres du siècle passé, vous trouvez l'*Apparatus medicaminum* de Murray, continué au siècle dernier par Gmelin.

C'est une réunion assez indigeste de tous les médicaments cités les uns après les autres, avec leur origine, autant qu'on la pouvait savoir, avec leurs propriétés chimiques, autant qu'on les pouvait connaître alors, et une indication très-sommaire de leurs propriétés médicamenteuses. Quant aux indications thérapeutiques, elles faisaient absolument défaut.

Dans le commencement de ce siècle, Schwilgué et Alibert, mon prédécesseur dans cette chaire, firent un traité de matière médicale dans lequel la thérapeutique tient le rang le moins important.

L'ouvrage que nous publiâmes avec M. Pidoux, en 1836, eut cette rare influence que le concours pour la chaire de thérapeutique fut institué ici. Les juges étaient déjà influencés par l'opinion publique et ils voulaient un médecin ; ils ne voulaient plus d'un pharmacologiste. C'était une révolution en notre faveur, non pas de nous personnellement, mais en faveur des médecins. Je fus nommé à cette chaire et je continuai ce que nous avions fait avec M. Pidoux,

(1) Nous reproduisons cette leçon telle que l'a publiée la *Revue des Cours scientifiques.*

c'est-à-dire que je mis toujours sur le second rang l'enseignement de la matière médicale qui me regardait à peine, tandis qu'auparavant c'était une chaire de matière médicale et de thérapeutique. La matière médicale fut donc subordonnée à la thérapeutique, et celle-ci tint et occupa définitivement le premier rang. Dans mes livres, dans mon enseignement, mon but fut toujours de relier les indications à l'idée de l'agent médical. Vous comprenez qu'il était impossible de le faire sans clinique et sans pathologie, aussi la pathologie devait-elle occuper le premier rang.

Il importe bien plus au médecin de connaître les propriétés médicales d'un médicament, que d'en savoir l'origine et la nature intime; cette dernière notion n'est que d'une importance médiocre, et vous en allez avoir la preuve.

Je vais ici exagérer un peu ma pensée pour la rendre plus saisissante :

Je suppose qu'un élève passe son quatrième examen et que, par hasard, je l'interroge sur l'opium. S'il me dit qu'il ignore d'où vient l'opium, qu'il ne sait pas que l'opium provient d'un *papaver*, je ne trouverai pas cela très-orthodoxe; mais pourtant, si, continuant l'examen, je constate qu'il connaît les propriétés diverses de ce médicament, qu'il en sait merveilleusement toutes les applications, il me semble que je lui serai très-indulgent et peut-être favorable, tout en l'engageant à apprendre que l'opium est le suc d'un pavot.

Sydenham ne savait pas ce que c'était que l'écorce du Pérou; Torti ne le savait pas davantage. Il y a tout au plus cent vingt ans qu'on le sait. Sydenham avait reçu certaine écorce du Pérou, et il l'appelait écorce du Pérou, comme il appelait écorce du Brésil celle qui provenait du Brésil. Eh bien, quoiqu'il ignorât ce qu'était cette écorce du Pérou, il en connaissait les propriétés, et personne mieux que lui n'a connu le mode d'application du quinquina.

Par conséquent, il est bien entendu que la notion intime des médicaments, quoique étant une chose utile, est cependant en thérapeutique une chose très-secondaire, parce qu'en définitive bien connaître le mode d'action est beaucoup plus essentiel pour un médecin que de bien connaître l'origine.

On a fait de nombreuses recherches sur les eaux minérales depuis le commencement de ce siècle. Il en est un grand nombre dans lesquelles la chimie la plus savante n'a encore rien découvert qui puisse en expliquer les propriétés; il en est d'autres où la chimie a été plus heureuse, et cependant, à l'aide des agents contenus dans ces eaux minérales, et que la chimie sait en extraire, nous ne savons

pas modifier les maladies comme on les modifie à l'aide de ces eaux minérales elles-mêmes. Et notez ce fait curieux : c'est qu'avant le commencement de ce siècle, toutes les grandes eaux minérales de l'Europe étaient aussi réputées qu'elles le sont aujourd'hui ; j'ajoute que leur composition chimique mieux connue a quelquefois égaré les médecins, mais qu'elle ne leur a rien appris quant à leurs vertus thérapeutiques. Ceci ne veut pas dire que je dédaigne complétement les notions d'histoire naturelle. Je les mets seulement sur un plan secondaire, et j'attache une importance beaucoup plus grande à la notion de l'action elle-même et aux indications que l'on remplit avec le remède.

Il n'est guère possible, messieurs, de faire un pas en thérapeutique sans pathologie et sans clinique. Lorsque je commencerai devant vous l'histoire du fer, si je me bornais à vous raconter qu'on donne le fer pour la chlorose, je vous dirais là une de ces banalités grossières que toutes les bonnes femmes connaissent. Aussi va-t-il falloir que je vous dise dans quelle forme de l'anémie il convient d'administrer le fer ; je devrai distinguer la chlorose chronique, la chlorose des jeunes filles, de l'anémie aiguë, l'anémie chronique, de la leucocythémie, etc. Il faut de toute nécessité que j'intervienne avec des connaissances pathologiques et cliniques ; autrement il me serait impossible de vous faire un enseignement utile. Il faut bien que je vous dise ce que c'est que la chlorose, et comment je comprends la chlorose ; en quoi la chlorose diffère de l'anémie, en quoi les anémies diffèrent l'une de l'autre, puisque les unes guérissent avec le fer et que les autres n'obéissent pas au fer, et sont même aggravées par les préparations ferrugineuses.

Il est donc absolument impossible que sans la pathologie et sans la clinique nous fassions quelque progrès en thérapeutique. Il est encore, messieurs, une première notion sans laquelle il faut renoncer à jamais à donner des médicaments : c'est la connaissance de la marche naturelle des maladies.

Nous avons, en présence d'un individu malade et d'une famille qui nous appelle à son secours, un singulier désir de donner des remèdes. L'individu souffre, et veut qu'on le soulage ; la famille est anxieuse et nous demande des consolations. Rester immobile en présence de l'affection du malade et de la douleur d'une famille, ce serait une cruauté de la part du médecin ; ce pourrait quelquefois être un danger pour lui. C'est ainsi que, malgré lui, le médecin se laisse aller à prescrire des remèdes. Je ne me plains pas, si le médecin ne fait en définitive que de la médecine de consolation ; s'il se con-

tente de ramener la tranquillité dans l'esprit d'une mère qui l'implore, tout en sauvegardant sa situation, ce qui lui est toujours permis. Mais si ce médecin donne un remède, et que le malade étant guéri trois ou quatre jours après, il attribue à ce remède la guérison à laquelle le remède n'a pas pris part, voilà ce dont je me plains.

Le médecin devrait savoir que parfois, en donnant quelque chose, il ne donne que des riens; que, dans certains cas, sa médecine n'est purement qu'expectative. S'il ne le sait pas, il doit renoncer à l'étude de la thérapeutique.

Lorsque je devins médecin des hôpitaux, il régnait d'étranges idées sur la gravité de certaines maladies.

La *phlegmatia alba dolens*, si commune chez les individus atteints de cancer et chez les femmes nouvellement accouchées, était regardée comme une phlegmasie. Or, de toutes les phlegmasies, l'inflammation des veines étant l'une des plus sérieuses, la *phlegmatia alba dolens* était réputée une affection très-grave. On faisait flèche de tout bois contre elle : les sangsues, les bains, les frictions mercurielles, les antiphlogistiques, tout était donné, tout était prodigué; et les malades guérissaient, qui plus tôt, qui plus tard.

Lorsque je pris le service de l'Hôtel-Dieu, j'eus dans le cours de la première année douze à quinze cas de *phlegmatia alba dolens*, qui tous guérirent, attendu que si la *phlegmatia alba dolens* peut survenir dans une maladie incurable comme le cancer, tant qu'elle n'intéresse pas quelque tronc veineux, ce n'est pas une grosse chose.

Je fus étrangement surpris de guérir si facilement mes malades par les diverses médications que j'employais. Mais quelque plaisir que pût y trouver mon amour-propre, je finis par me demander si un aussi grand bonheur ne tenait pas à ce que la maladie avait peu de gravité. En conséquence, l'année suivante, je me mis à faire de la médecine d'expectation. Je dois confesser ici que mes malades guérirent plus vite et mieux; car ils n'eurent pas à guérir de la thérapeutique mise en œuvre, thérapeutique qui était quelquefois violente, périlleuse, et entraînait une faiblesse que les malades avaient quelque peine à surmonter.

J'en dirai autant de l'érysipèle de la face; on le considérait comme une maladie redoutable. Eh bien, dans l'espace de trois ans, dans cinquante-sept cas d'érysipèle, je ne perdis qu'un malade. Il fallait bien en conclure que l'érysipèle de la face, que nous observons en temps ordinaire dans les services hospitaliers, n'est pas généralement une maladie sérieuse, et que l'expectation la plus simple suffit pour la mener à bien.

Il en est de même de l'angine phlegmoneuse, qui guérit malgré nous, et guérit même généralement un peu plus vite que lorsque nous appliquons des sangsues.

Vous voyez donc qu'il est essentiel, capital, de connaître la marche naturelle des maladies; car, si vous vous imaginez qu'une maladie est très-grave et que vous appliquiez à cette maladie une médication quelle qu'elle soit, vous êtes naturellement portés à attribuer à cette médication des vertus qui vous conduiront à employer le même traitement dans d'autres maladies; et vous arrivez ainsi à faire une thérapeutique fondée sur des notions complétement inexactes.

Il est, messieurs, d'autres notions encore que vous devez posséder : c'est d'abord la notion de l'action physiologique des médicaments. Vous allez vous servir d'une arme : il faut savoir au moins si elle pique ou si elle taille; il faut en connaître les usages.

Nous avons peu de remèdes qui soient aussi puissants que l'opium pour combattre les vomissements; nous en avons peu qui les produisent aussi facilement. Ainsi l'opium, donné dans une certaine mesure, calme les vomissements; tandis que administré dans une autre mesure, il les provoque bientôt. Si le médecin ignore ces choses, et qu'il se trouve en présence d'un malade qu'il traite par l'opium, il pourra donc déterminer des accidents d'une nature assez grave. Tandis que celui qui sait qu'on calme les vomissements en donnant l'opium à dose très-minime, et qu'à dose inverse on obtient un résultat tout opposé, celui-là administrera son médicament de la façon convenable et en obtiendra les effets les plus bienfaisants.

Lorsqu'on saigne un malade à outrance, ou lorsqu'il y a eu une grande perte de sang, comme chez une femme par exemple, à la suite des couches, on a observé un fait curieux : c'est la fréquence très-grande du pouls. Ce n'est pas tout : suivant une observation du docteur Peter, la température s'élève alors et monte quelquefois de 30 à 40 degrés au lieu de 37, qui est le chiffre normal. Voici donc, par le seul fait d'une grande émission sanguine, une véritable fièvre, une fièvre véhémente, qui s'allume; et, comme vous le savez tous ici, il peut survenir alors des phénomènes nerveux d'une gravité extrême. Or, si une attaque d'éclampsie se guérit à merveille sous l'influence d'une saignée largement faite, vous m'accorderez aussi que dans l'attaque d'éclampsie qui succède à une émission sanguine, la saignée est assez peu opportune. Si nous constatons encore que certaines fièvres guérissent très-bien sous l'influence des émissions sanguines, vous m'accorderez aussi que la fièvre qui,

comme dans le cas dont je viens de vous parler, s'allume sous l'influence d'une grande hémorrhagie, ne devra pas céder à une nouvelle hémorrhagie provoquée par votre lancette.

Ainsi donc, la connaissance de l'action thérapeutique du remède *saignée*, comme tout à l'heure celle du remède *opium*, vous est d'une utilité incontestable. Elle vous démontre surabondamment l'impossibilité d'employer une médication, si l'on ignore l'influence qu'elle peut exercer sur l'économie, en dehors de l'état de maladie.

Arrivons maintenant à l'étude de la thérapeutique proprement dite, c'est-à-dire à l'action des médicaments appliqués aux maladies.

Nos origines sont des origines modestes. Nous avons commencé (je parle de la médecine en général, qui remonte à quelques milliers d'années), nous avons commencé, dis-je, à peu près par la médecine des commères et des matrones ; puis est venu l'empirisme, ce grand maître dans les arts comme dans les sciences. Voyons donc, après de tels débuts, quelle a été la marche naturelle de la médecine et de la thérapeutique, et comment on est arrivé au point qu'on a atteint aujourd'hui.

Il était fort simple qu'un individu se tînt au lit quand il était dévoré par la fièvre et quand ses membres semblaient brisés. On en a immédiatement déduit ce précepte : « Tout individu atteint de fièvre sera mis au lit et gardera le repos. » Il avait soif, on lui donna des boissons fraîches, et nous le faisons encore tous les jours. On avait vu la sueur provoquer une crise, on donna au malade des sudorifiques ou on le couvrit davantage.

Le repos, les boissons, les bains, ont ainsi été les premiers remèdes. Mais la maladie étant considérée par les malades, ainsi qu'elle l'est encore aujourd'hui par les peuples à l'état sauvage, comme une punition céleste, il était assez naturel que la thérapeutique théurgique s'en mêlât quelque peu et qu'on demandât aux ministres des dieux des secours contre les maux que les dieux envoyaient.

La médecine théurgique ne fut pas toujours des plus éclairées, ainsi que vous pouvez le savoir. Au moyen âge, comme de nos jours, elle ne se compose que de très-peu de chose : c'est un incohérent assemblage de remèdes insignifiants, mais ce n'est pas encore de l'empirisme raisonnable.

Les premières notions de cet empirisme furent toutes de hasard, et nous allons voir comment l'empirisme s'élevant à l'induction, puis à la théorie, puis à la systématisation, il cessa d'être l'empirisme pour devenir, non pas la science, mais quelque chose qui, dans une certaine mesure, sera presque une science.

Lorsque les Espagnols s'emparèrent de l'Amérique du Nord et du Sud, ils y apportèrent leur religion et leur médecine.

A cette époque, il était de tradition, et cela depuis des siècles, de modifier la dyspepsie symptomatique de la fièvre intermittente en donnant des boissons amères, telles que la centaurée, la gentiane, etc. De sorte que lorsqu'au Pérou on prescrivit des boissons amères, on alla les chercher où elles étaient. C'est ainsi qu'on prit l'écorce d'un arbre qu'on appelait la *cascarille* (aujourd'hui encore ceux qui vont chercher le quinquina s'appellent *cascarilleurs*), et l'on s'aperçut que la décoction de cette écorce, au lieu d'avoir seulement les propriétés ordinaires des autres substances amères, qui ne faisaient que soulager la fièvre intermittente, guérissait complétement cette fièvre.

Ce fut une affaire toute de hasard. Pourquoi choisit-on cette écorce plutôt qu'une autre, personne n'en sut jamais rien; on constata seulement le fait, puis il advint que la vice-reine du Pérou prit la fièvre et la garda deux grands mois; qu'un prêtre vint dire qu'un Indien lui avait révélé les propriétés d'une plante qui, prise en décoction, guérissait la fièvre. La vice-reine en prit, fut guérie, et tout fut dit. Tels furent les débuts thérapeutiques du quinquina, débuts bien humbles, ainsi que vous pouvez voir.

Toutes les sources minérales étaient réputées sacrées. Aussi trouve-t-on généralement les traces d'un temple destiné à remercier la Providence, et consacré à la source déifiée.

Certaines sources minérales laissaient déposer une espèce de limon ocreux; c'étaient des sources ferrugineuses. Une pauvre fille pâle, qui avait ou n'avait pas ses règles, mais qui était atteinte de chlorose, but à cette source, en même temps que d'autres à qui cette eau pouvait être nuisible, mais cette jeune fille s'en trouva bien. Il y eut là quelqu'un pour constater que cette eau, qui déposait de la boue ocreuse, avait été utile, et pour en conclure qu'elle était bonne pour la chlorose; on prescrivit alors cette eau sans avoir d'autre motif. Aujourd'hui qu'on connaît l'effet des préparations ferrugineuses, on donne du fer; mais alors ce n'était que de l'empirisme, rien de plus. Il y avait un fait pur et simple, et rien à côté.

Avant le siècle dernier (en vertu de je ne sais quelle idée), on faisait manger des éponges torréfiées aux gens qui avaient un goître, et on leur appliquait sur le cou des sachets de ces mêmes cendres. Pendant deux cents ans, ce fut une médication qui eut cours; il en était d'elle comme de celle qui consiste à administrer l'os de cœur de cerf (bien qu'il n'y ait pas d'os dans le cœur), ou la corne d'élan pour guérir certaines maladies. Quoi qu'il en puisse être de

l'idée qui présidait à la médication (si tant est qu'il y eût une idée), toujours est-il qu'on donnait l'éponge torréfiée, et qu'après l'avoir administrée assez longtemps, on arriva à reconnaître que cela guérissait. Comment ? on n'en savait rien, mais le fait était là.

Jusque-là donc empirisme brutal et rien de plus. Ce n'était qu'une médecine de recettes.

Voyons maintenant ce qui est du domaine de l'intelligence, et arrivons à la période d'induction.

Nous sommes ainsi faits, messieurs, que notre esprit agit comme notre cœur, comme notre estomac, c'est-à-dire à notre insu; à la vue de deux objets, il est impossible que vous n'établissiez pas une comparaison : l'un est grand, l'autre est petit; la comparaison naît d'elle-même. En présence de plusieurs objets semblables ou divers, il n'est pas possible que vous ne voyiez pas la similitude ou la dissemblance, et que malgré vous, vous ne jugiez et ne systématisiez dans une certaine mesure. C'est là une tournure invincible de notre esprit. Cela s'accomplit malgré nous, à notre insu, quoi que nous fassions.

Voyons donc comment l'empirisme grandit avec cette faculté innée de l'homme, et comment « en mettant de l'intelligence dans les faits purs, » il est arrivé, en définitive, à constituer ce que nous appelons une science, peut-être à tort, mais ce qu'on peut appeler au moins un art, l'art de guérir.

L'Indien avait vu que le quinquina guérissait la fièvre et il l'avait dit. Le quinquina est envoyé aux Jésuites de Rome; on le donne d'après des prescriptions indiquées et venues du Pérou, et l'on guérit la fièvre.

Il y a dans la fièvre intermittente deux facteurs que chacun sait immédiatement distinguer : le facteur *périodicité* et le facteur *fièvre*.

Un malade est atteint d'une névralgie sous-orbitaire, laquelle revient chaque second jour, exactement à la même heure et sans fièvre. Presque involontairement le médecin, car c'est bien involontairement qu'il y est conduit, fait à part lui ce raisonnement : Le facteur périodicité a été merveilleusement combattu par la quinine, et, bien qu'il n'y ait pas de fièvre dans cette névralgie, essayons donc si la quinine ne réussirait pas pour combattre le facteur périodicité. Il donne la quinine et il guérit par ce médicament la névralgie sous-orbitaire.

Voilà déjà, comme vous voyez, une assimilation presque invincible de la part du médecin; c'est presque forcément qu'il y a été conduit.

Mais vous allez voir jusqu'où l'on peut aller de déduction en déduction; il y a dans la névralgie deux facteurs : le facteur *périodicité* et le facteur *douleur ;* voici maintenant une maladie qu'on appelle le *rhumatisme articulaire aigu*, et qui est caractérisée par des douleurs excessives sans périodicité. Le médecin se dit encore : Le facteur douleur pourrait-il par hasard être combattu par la quinine, qui a si bien réussi dans la douleur de la névralgie périodique? Il donne la quinine dans le rhumatisme articulaire aigu, et il réussit.

Vous voyez qu'ici ce n'est plus tout à fait de l'empirisme pur; c'est déjà un empirisme où l'esprit intervient singulièrement, et tout médecin n'arriverait pas à ces conclusions. Il faut déjà un certain esprit pour saisir ces relations, systématiser le traitement et en étendre l'application.

Lorsque Courtois, en 1820, analysant les éponges, y découvrit de l'iode et tant d'autres choses, Coindet (de Genève), qui le voyait travailler, se dit : Voyons donc si dans les affections scrofuleuses l'iode ne constituerait pas une médication utile? Essayons. Si Coindet ne l'eût pas essayé, un autre l'aurait fait sans doute; quoi qu'il en soit, il essaya l'iode, et l'iode guérit en effet.

Voilà, messieurs, les effets de l'intervention de l'intelligence dans la médecine.

Eh bien, ce n'est pas tout encore. Il faut arriver, non pas à dire : « Le quinquina est bon dans la fièvre intermittente; le fer est utile dans la chlorose; » il faut parvenir à ce qu'on a appelé des méthodes de traitement. Et ces méthodes de traitement, les pathologistes et les cliniciens seuls savent les découvrir. Donner du quinquina dans une fièvre intermittente, mais c'est ce que font les gens les plus ignorants du monde. Il n'y a pas, — je ne dis pas un élève en médecine, — mais pas un homme, pas un paysan, le plus vulgaire que vous supposiez, qui ne sache demander au médecin de la quinine pour couper sa fièvre, ou qui n'en aille chercher chez le pharmacien de la ville la plus proche. On lui donne de la quinine pour couper la fièvre, et on la lui coupe; mais on ne la guérit pas, entendez-vous bien.

Ah! c'est là qu'apparaît la méthode. Voilà où l'observation clinique faite par un homme qui s'appelle Sydenham montre qu'il y a dans la fièvre intermittente une persévérance à longue portée; comme quoi cette persévérance produit des phénomèmes intermittents, qui vont en se reproduisant, et comme quoi la médication ne saurait être efficace que lorsqu'elle sera aussi longue et aussi énergique que l'était l'affection elle-même. Et alors Sydenham établit une *méthode*

de traitement pour la fièvre intermittente. Voilà donc où l'intelligence du clinicien, du pathologiste intervient. Sans cela, il eût été impossible de faire de la thérapeutique; on n'eût fondé qu'un empirisme plus étendu. Mais dès qu'on eut systématisé, on a fait mieux que de l'empirisme.

Depuis des siècles, on modifie les bourgeons charnus par la pierre infernale; depuis longtemps on emploie la cautérisation dans une multitude de circonstances. On est enfin arrivé à systématiser cette médication et à voir ce qu'il y avait de commun dans les divers remèdes qu'on employait dans ces différentes affections, et, c'est ainsi qu'on a institué une médication dite *substitutive*, médication d'une grande puissance, qui aujourd'hui joue un rôle si utile dans la thérapeutique. On a vu qu'étant donnée une maladie aiguë ou chronique, dans le plus grand nombre des cas il était possible au médecin, avec les agents de la médication substitutive, de guérir cette maladie et de substituer une affection de très-courte durée à une affection très-longue.

Vous voyez, messieurs, combien nous sommes loin de l'empirisme. Vous voyez aussi que, malgré l'humilité de notre origine, nous arrivons graduellement, par la pratique raisonnée, par l'étude attentive de l'action des médicaments, par la systématisation enfin, à des résultats d'une très-grande importance.

C'est de la sorte, messieurs, que la médication intervient, l'intelligence aidant, qu'elle devine, qu'elle interprète, qu'elle découvre de nouveaux horizons et que l'art médical ainsi pratiqué, arriverait presque à l'exactitude d'une science, si jamais il lui était donné d'atteindre à cette prétendue perfection. Il ne faut cependant pas trop nous en plaindre. Les sciences, avec leur exactitude, ont cela de triste, qu'elles ne laissent rien à faire à l'esprit une fois les résultats obtenus; tandis que l'art, tout individuel, tout personnel, s'exerce sur des objets imparfaitement définis, essentiellement variables, de telle sorte qu'il existe une lutte perpétuelle, laquelle tient constamment l'esprit en éveil.

Aussi le vrai médecin se console-t-il de ne pas toujours atteindre la vérité ou de la voir fuir devant lui, par le plaisir qu'il éprouve à la poursuivre, dût-il ne l'atteindre que rarement. Aussi encore doit-il être convaincu que sa vie est une vie de labeur incessant, de recherches continuelles, de déceptions inattendues, de triomphes rares et incertains. Et pourtant, quand l'heure du repos éternel a sonné, il s'endort avec la pensée du devoir accompli et des bons exemples qu'il laisse à ceux qui vont lui succéder.

Des indications de l'emploi du calomel dans le traitement de la dysenterie (¹).

Par M. G. Pécholier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

I. La dysenterie n'est pas constamment de même nature. Semblable en cela à un grand nombre d'autres maladies, elle emprunte à des conditions de climats, de saisons, d'épidémicité, etc., des caractères divers mais fondamentaux qui doivent faire varier son traitement *légitime*.

II. Il se présente, surtout dans les climats chauds et dans les saisons chaudes, un nombre considérable de cas de dysenterie aiguë qui réclament en première ligne, et parfois à l'exclusion de toute autre médication, l'emploi des évacuants.

III. Parmi ces dysenteries qui réclament l'emploi des évacuants, il en est qui offrent, d'une manière concomitante, un degré d'éréthisme sanguin et d'irritation gastro-intestinale assez prononcé pour contre-indiquer, momentanément du moins, l'administration de la plupart des purgatifs.

IV. Cette variété de dysenterie s'est notamment présentée à notre observation pendant le service d'été que nous avons fait en 1864 à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier. Tandis que le teint jaune des malades, la saleté de la langue, l'anorexie, les nausées, les douleurs de l'hypochondre droit, le bon effet ordinaire des évacuants pendant la constitution médicale régnante, nous portaient à administrer les purgatifs; la chaleur de la peau, la fièvre, l'adhérence de l'enduit buccal, la rougeur du pourtour de la langue, la vivacité des douleurs abdominales, la qualité des selles consistant à peu près en du sang pur, nous faisaient craindre d'augmenter par un purgatif l'irritation de l'intestin.

V. La connaissance que nous possédions de la double action purgative et sédative du calomel, — connaissance que nous avons étayée par des expériences faites sur des animaux, — nous a porté à penser que le sel de mercure, vanté d'une manière exclusive par les uns, entièrement dénigré par les autres, était bien le remède *approprié* pour les dysenteries dont nous venons de résumer le signalement.

VI. L'expérience clinique est venue vérifier cette hypothèse.

(¹) Nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs les conclusions d'un article des plus intéressants, actuellement en voie de publication dans le *Montpellier médical*.

Sous l'influence du calomel, après une légère recrudescence des symptômes, laquelle a même assez souvent manqué, nous avons promptement noté : la diminution des coliques et du ténesme, la moindre fréquence des selles, la substitution des selles diarrhéiques verdâtres aux selles dysentériques, la disparition prompte de ces selles diarrhéiques elles-mêmes, le retour de l'appétit et le fonctionnement normal de l'intestin, la cessation prompte de la fièvre, de la chaleur et de la soif, enfin une prompte et durable convalescence.

VII. Lorsqu'ont existé en même temps les symptômes d'une participation légère du foie à la maladie, cette complication a très-promptement cédé à notre médication.

VIII. La stomatite a été le seul inconvénient observé; mais cet inconvénient, qui, en somme, a toujours été léger, n'a point été sans trouver une compensation plus ou moins grande dans la révulsion qu'il a déterminée par rapport à la fluxion localisée sur le tube intestinal.

IX. Nous avons associé utilement, suivant les circonstances, diverses médications à la médication par le calomel. Ainsi, un excès d'éréthisme sanguin et d'irritation gastro-intestinale nous a obligé à débuter par un traitement antiphlogistique. La prédominance de l'élément douleur nous a porté à donner tout d'abord de l'opium. Ces complications ayant été enlevées, le calomel a eu son succès ordinaire.

X. Toutes les fois donc que, dans une dysenterie aiguë, existe l'indication des évacuants, si, à cause de l'éréthisme sanguin ou nerveux et de l'irritation du tube intestinal, on craint avec raison l'emploi des émétiques et des purgatifs, et à moins qu'on ne constate des symptômes vraiment inflammatoires ou une exaltation trop exagérée de la sensibilité, le calomel est le médicament *approprié* et réussit en qualité de purgatif antiphlogistique.

XI. Nous n'avons obtenu aucun avantage bien marqué de l'emploi du calomel dans la dysenterie chronique. Mais nos expériences à cet égard ne sont pas suffisantes ; elles ont d'ailleurs été faites dans de trop mauvaises conditions, pour que, si elles ne sont pas affirmatives de la vertu du calomel dans certaines dysenteries chroniques, elles ne soient pas non plus négatives. La question doit être réservée.

XII. L'administration du calomel en une seule et forte dose (méthode d'Annesley et d'Amiel), ou d'après la méthode dite de Law, nous ayant paru avoir toutes les deux des inconvénients,

nous avons cru bon de prendre un moyen terme entre ces méthodes, c'est-à-dire administrer le médicament à dose assez considérable, mais fractionnée (1 gramme de calomel en six paquets; un paquet chaque trois heures; répéter la même dose le lendemain de la même manière).

XIII. Avant nous, on avait certainement beaucoup employé le calomel contre la dysenterie; mais la plupart des préconisateurs de ce remède, au lieu de rechercher ses indications, avaient cru trouver en lui une panacée. Quant à nous, si nous recommandons énergiquement ce médicament dans les cas de dysenterie que nous avons spécifiés, nous ne le croyons pas utile dans toutes; nous pensons même que son usage exclusif et empirique devient très-nuisible. Il est formellement contre-indiqué dans la dysenterie vraiment inflammatoire, du moins au début de celle-ci. Il est contre-indiqué au même titre dans la dysenterie que l'on peut appeler nerveuse, parce que l'éréthisme nerveux y est excessif et prédominant. Dans la dysenterie bilieuse simple, il ne vaut pas les autres évacuants qui agissent plus rapidement, plus complétement et plus sûrement et qui n'ont pas, en outre, l'inconvénient de produire la stomatite. Dans l'Inde anglaise et, même en Angleterre, les médecins ont fait de regrettables abus de leur prétendue panacée; de là de graves inconvénients, origine d'une trop vive réaction. Entre les exagérations d'Annesley et celles de Morehead, il y a place pour un juste milieu. Ce juste milieu, nous espérons l'avoir gardé.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la pulvérisation appliquée aux ophthalmies chroniques.

Par M. le docteur Emile TILLOT, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, médecin inspecteur des eaux de Saint-Christau (Basses-Pyrénées).

Depuis que M. Sales-Girons a eu l'idée d'imiter avec un appareil de son invention cette division extrême de l'eau qui tombe d'une certaine hauteur, et qu'on appelle poétiquement la poussière des cascades, ou cette fine rosée que le vent de la mer détache des flots, en rasant la cime des vagues, on sait quel succès a accueilli cette découverte; à partir de ce moment, les observateurs se sont succédé en grand nombre; ils ont poursuivi les expériences de M. Sales-Girons et leur ont fait subir d'autres applications. En effet, la pulvérisation fut d'abord imaginée pour remplacer l'inha-

lation, c'est-à-dire pour faire pénétrer plus sûrement que celle-ci les liquides dans les dernières ramifications de l'arbre aérien, et, jusqu'à présent, c'est dans les maladies des bronches et du pharynx qu'elle a été presque exclusivement appliquée. Cependant, dès le début même, l'inventeur de la pulvérisation, ainsi qu'il résulte d'une communication de M. Sales-Girons à la Société d'hydrologie, appliqua cette médication au traitement de l'ophthalmie et de la couperose; l'hydrofère vint étendre les bienfaits de cette méthode. Puis M. Demarquay l'employa, à la Maison de santé, dans les conjonctivites, les kératites et la pharyngite. Il avait d'ailleurs été précédé dans cette voie par MM. Trousseau et Barthez, qui employèrent cette médication dans les angines et le croup. En même temps, on appliquait la pulvérisation aux plaies. M. Réveil a fait, à cet égard, des expériences avec l'eau de Nabias, qui lui ont donné des résultats très-probants, d'après ce qu'il a dit, en 1863, à la Société d'hydrologie. En un mot, partout où l'eau pouvait se trouver en contact avec une partie malade, on a eu recours à la pulvérisation; et dernièrement encore, M. le docteur Foucher, chirurgien des hôpitaux de Paris, a publié, dans la *Gazette des hôpitaux*, une note sur les effets de la pulvérisation dans les maladies de la vessie, à l'aide d'un appareil fabriqué par MM. Robert et Collin.

On voit, d'après ce que nous venons de dire, qu'on peut admettre deux sortes de pulvérisations : la pulvérisation appliquée aux maladies des bronches et des poumons, ou pulvérisation interne; et celle qui s'applique aux maladies externes, maladies du pharynx et des yeux, plaies, etc. C'est la pulvérisation externe, la seule dont nous ayons l'intention de nous occuper ici.

Pour cette espèce de pulvérisation, on s'est servi d'eaux minérales naturelles ou de solutions officinales. C'est ainsi que les eaux sulfureuses, les eaux chlorurées, bromo-iodurées, comme Nabias, ont été employées de préférence. Les solutions de tannin, de chlorate de potasse, ont été mises en usage dans les angines; les solutions de bichlorure de mercure, utilisées par M. Demarquay, dans les affections syphilitiques des yeux; l'eau de goudron, par M. Foucher, dans les affections de la prostate et de la vessie.

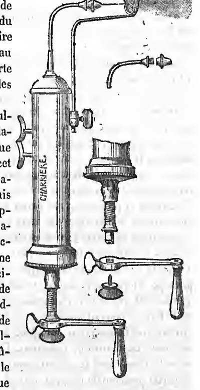
Si les liquides auxquels la pulvérisation a prêté son concours ont été variés, les instruments qui servirent à l'administrer n'ont pas été moins variés ni moins nombreux; mon intention n'est pas de les passer ici en revue, mais on peut, d'après M. Réveil, les réduire à trois types :

1° Division extrême d'un filet d'eau fortement projeté sur un obstacle. (Sales-Girons et de Fublé.)

2° Division d'une goutte d'eau par un courant d'eau à forte pression. (Appareils de Mathieu et Tirman.)

3° Division d'un filet d'eau capillaire à forte pression par la résistance de l'air. (Appareil de Lüer.)

Le dernier appareil, imaginé par M. Sales-Girons, résulte de l'association du premier et du troisième système, c'est-à-dire qu'il produit la poussière d'eau de manière à former une sorte de nuage qui ne mouille pas les surfaces.



Mais pour ce qui est de la pulvérisation appliquée aux maladies des yeux, je ne connais que trois appareils destinés à cet usage; ce sont : 1° le pulvérisateur de Lüer, dont je me suis exclusivement servi; 2° un appareil à douches oculaires, imaginé par Charrière pour le docteur Mayer, appareil qui, comme on peut le voir par la figure ci-jointe, se rapproche de celui de Lüer, mais en diffère par l'adjonction du tamis métallique de M. Sales-Girons, et est d'ailleurs plus portatif et moins coûteux que celui de Lüer; enfin, le troisième appareil est la seringue d'Anel, transformée en pulvérisateur par MM. Robert et Collin.

Parmi les eaux minérales qui ont le plus servi à la pulvérisation se trouvent les eaux sulfureuses; on se rappelle peut-être toutes les questions qui ont été agitées dans les sociétés savantes, à propos du changement que fait subir aux liquides ce nouveau mode de douches. S'il est à peu près certain maintenant que l'eau sulfureuse s'altère peu en passant à l'état de poussière, elle perd du moins une partie de sa température; il est donc probable qu'une eau minérale d'une basse température, ne renfermant aucun principe altérable, au moins immédiatement, répondra, encore mieux que l'eau sulfureuse la plus stable, aux exigences de la pulvérisa-

tion. Ce sont précisément ces considérations qui m'ont engagé à expérimenter l'eau minérale de la station que je suis chargé d'inspecter, et, comme les résultats dans les ophthalmies chroniques ont été très-satisfaisants, je suis heureux de pouvoir les consigner dans le *Bulletin de Thérapeutique* et de les soumettre à la critique de ses nombreux lecteurs.

Saint-Christau est un petit hameau situé dans le département des Basses-Pyrénées (canton d'Oloron), à 30 kilomètres de Pau et des Eaux-Bonnes.

La source principale de Saint-Christau, ou source des Arceaux, a 14 degrés centigrades; elle est limpide, exhalant une faible odeur de moisi, ayant un léger goût styptique et atramentaire ; elle était autrefois rangée au nombre des eaux sulfureuses par certains auteurs, et des eaux alcalines par d'autres, mais on sait à quoi s'en tenir maintenant, grâce à l'analyse que M. le professeur Filhol a exécutée, il y a deux ans. Cette analyse a été reproduite en entier dans le rapport de M. Bouchardat sur les eaux minérales pour 1862. La présence du cuivre en quantité suffisante pour qu'on en puisse déterminer la proportion me paraît être, dit M. Filhol, le point le plus saillant de l'analyse des eaux de Saint-Christau.

Le sulfate de cuivre y existe en effet, à la dose de 0,0003, le sulfate de fer à la dose de 0,004 ; de plus, il y a des traces d'arsenic et d'iode, et de la matière organique. Il n'y a dans cette source aucun principe altérable, du moins immédiatement, et il nous a semblé qu'une eau qui renferme, comme éléments principaux, du cuivre et du fer, ne pouvait que gagner à être administrée d'une manière qui favorise l'absorption sur place de ces puissants modificateurs des tissus capillaires et muqueux. Ceci bien établi et étant connu le médicament dont je me suis servi pour la pulvérisation, j'aborde la partie pratique de ce petit travail.

J'exposerai d'abord le mode d'administration de l'eau pulvérisée, les effets physiologiques observés et les effets thérapeutiques.

1° *Mode d'application*. — Dans toutes mes expériences, c'est l'appareil de Lüer que j'ai exclusivement employé. Voici comment je procède : Le malade est placé, vis-à-vis l'opérateur, devant une table étroite, séparé de lui par l'appareil; une cuvette est placée sur la table, de manière à recevoir le trop-plein du liquide; on a eu soin d'entourer le col du patient d'un tissu imperméable qui retombe sur la poitrine et vient former une sorte de gouttière par laquelle le liquide est déversé dans la cuvette. Le patient prend lui-même le tube et le dirige sur les parties malades, ou laisse le

tube disposé par l'opérateur sans y toucher, et amène successivement devant l'ajutage terminal les différentes parties de l'organe malade. On commence à tourner la manivelle de l'instrument, de façon à ne pas surprendre le sujet, et selon qu'il supporte bien ou mal la projection du liquide, on augmente ou on diminue la rapidité des tours du piston. A la première séance, je me borne généralement à épuiser le contenu de l'appareil; j'augmente, à la séance suivante, le nombre des douches et la rapidité des tours de roue, et ainsi de suite; j'arrive, vers la septième ou huitième séance, à épuiser quatre ou cinq fois le contenu de l'appareil; on comprend, du reste, que ceci est subordonné à la personne et à sa maladie, mais jamais je n'ai dépassé une demi-heure, et j'ai souvent donné deux douches par jour.

2° *Effets physiologiques.* — Avant d'aborder l'étude des effets physiologiques, il est nécessaire de se rendre bien compte de ce qu'est la pulvérisation, telle que nous l'avons employée.

Le pulvérisateur de Lüer n'est pour ainsi dire qu'une seringue à bec très-fin, porté au bout d'une tige métallique en alliage très-flexible, et dont le piston se meut avec une lenteur relative, grâce à sa disposition en vis sans fin; et ceci est tellement vrai, que, si, avec une seringue ordinaire, pourvue d'un tube délié, après que la seringue a été vidée sans précaution, on expulse avec rapidité et force la petite quantité de liquide qui reste dans le corps de pompe, on la voit aussitôt sortir sous la forme d'une poussière très-ténue. Le pulvérisateur, à moins que l'objet sur lequel doit frapper le liquide ne soit placé très-loin, ne pulvérise donc pas à proprement parler; Il frappe plus ou moins énergiquement la surface qui joue, à l'égard du liquide, le rôle d'un écran opaque vis-à-vis d'un faisceau lumineux, en brisant ses rayons et les divisant à l'infini; c'est cette percussion dont on peut augmenter ou diminuer l'intensité, qui remplit le rôle le plus important dans la pulvérisation; il y a là, en effet, une action mécanique très-manifeste qui n'a pas la brutalité de la douche ordinaire, de cette douche aveugle, surtout entre les mains d'un homme qui n'a pas souvent l'intelligence et l'instruction nécessaires pour apprécier jusqu'à quel degré il doit arriver, et à quel point il doit s'arrêter.

D'après cela, il est facile de comprendre que nous devons obtenir deux sortes d'effets parfaitement distincts : le premier est un effet immédiat, celui de la projection du liquide sur une surface vivante, effet parfaitement appréciable, et qui se traduit chez le malade par des sensations généralement douloureuses; le

second effet est dû à l'absorption des principes médicamenteux contenus dans l'eau employée. Il est facile de comprendre que les effets du premier ordre doivent être variables ; cependant on peut dire d'une façon générale, que la douche produit d'abord une excitation très-marquée et manifeste pour l'opérateur ; la muqueuse s'injecte, rougit et, dans quelques circonstances assez rares, les parois des capillaires se rompent et il y a une petite hémorrhagie, phénomène que j'ai vu se produire à la lèvre supérieure et au voile du palais ; mais il faut pour cela que la douche soit donnée avec une certaine force ; néanmoins il est bon de savoir que sa puissance de contact est assez énergique pour produire un pareil résultat, afin de tenir en garde les médecins contre la possibilité d'un pareil accident pour des tissus très-délicats. Dans quelques circonstances, il se produit les effets d'une contusion assez forte, et j'ai vu un abcès succéder à deux séances de douches vigoureusement dirigées sur la lèvre supérieure, mais qui n'avaient pas encore été assez énergiques, au dire du malade, pressé de guérir d'un sycosis fort ancien.

Les sensations éprouvées par les personnes soumises à ce mode de traitement varient beaucoup selon le degré de délicatesse du tissu et de l'organe auquel on l'applique ; ainsi la sensation, on le conçoit, est beaucoup plus pénible pour l'œil que pour la lèvre, que pour le nez, que pour la joue. Sur la conjonctive oculaire et palpébrale, la douche détermine la sensation produite par la congestion pathologique de ces organes, c'est-à-dire le sentiment de grains de sable très-fins projetés à la surface de l'œil ; en même temps il se produit un larmoiement plus ou moins intense, qui n'est peut-être pas sans influence sur la guérison de la maladie. Dans deux circonstances, et notamment chez un malade dont vraisemblablement les conduits lacrymaux étaient dilatés, j'ai vu se produire, sous l'influence de la douche, des mouvements de déglutition, en même temps que le sujet se plaignait de sentir l'eau couler dans sa gorge. En général, tous ces effets ne dépassent pas la durée de la séance, l'impression de piqûre dans l'œil ne va pas au delà du temps de la douche ; la rougeur disparaît peu à peu, et au bout de quelques heures, les choses sont rentrées dans l'ordre ; on le voit donc, tout se borne à un effet de congestion momentanée et qui disparaît assez rapidement.

Voilà pour les effets dus à l'action purement mécanique de la pulvérisation, mais nous avons dit qu'il y avait une seconde série d'effets causés par l'absorption du liquide médicamenteux mis en

contact avec la muqueuse oculaire. D'abord, il est bien certain, et l'analogie le démontre, que cette absorption existe ; il me suffit de rappeler l'expérience si fréquemment répétée de l'instillation dans l'œil du sulfate d'atropine et le peu de temps qu'il faut à ce médicament pour produire sur la pupille des effets pathognomoniques et indiquant sûrement l'absorption du liquide. Tous les collyres employés dans les ophthalmies superficielles et profondes ne sont-ils pas administrés d'après l'idée si justement admise de leur absorption à la surface de l'œil ? Donc l'absorption existe et se fait très-rapidement sur la conjonctive oculaire, car on se rappelle les expériences de l'acide cyanhydrique, de la nicotine instillés dans l'œil en quantités presque inappréciables et produisant les effets toxiques les plus foudroyants.

Si l'absorption se fait ainsi pour les liquides de nos laboratoires, elle doit, à bien plus forte raison, exister pour un liquide organisé, vivant, si l'on peut ainsi dire, comme une eau minérale ; et si cette eau rappelle, par sa minéralisation dominante, les liquides composés que l'on emploie d'habitude dans les maladies des yeux, il est à présumer que son action devra se rapprocher ou peut-être même surpasser celle des collyres et des pommades ordinairement en usage dans ces sortes d'affections. Et c'est, en effet, ce que paraît démontrer l'expérience, s'il m'est permis d'en juger par le petit nombre de faits que j'ai observés. Il me semble que l'absorption doit revendiquer une bonne part du succès, car c'est elle qui agit seule dans les effets heureux qu'obtiennent les malades atteints d'ophthalmie de simples lotions faites plusieurs fois par jour avec l'eau minérale dont j'ai voulu seconder l'action médicamenteuse à l'aide de la pulvérisation. L'effet produit par l'emploi, à l'extérieur, des préparations ferrugineuses et cuivreuses est trop connu pour que j'y insiste le moins du monde, et je passe maintenant à la partie clinique de ce travail.

3° *Effets thérapeutiques.* — D'après ce que je viens de dire des effets physiologiques de la pulvérisation, il est facile de comprendre que ce mode de traitement doit être réservé exclusivement aux affections chroniques, tout ce qui offre la moindre apparence d'acuïté ne pouvant sans danger être soumis à cette médication, non pas que la pulvérisation employée d'une certaine façon ne puisse être utile dans quelques ophthalmies aiguës, mais j'ai l'expérience que l'eau ferro-cuivreuse de Saint-Christau a une action trop excitante pour être utilisée dans les affections de date récente. Je ne l'ai donc employée que dans des ophthalmies chroniques. Les eaux de Saint-

Christau attirant presque exclusivement des malades atteints d'affections cutanées, je n'ai pu observer cette année qu'un très-petit nombre d'ophthalmies chroniques ; cependant quelque intérêt que puissent présenter ces observations, je craindrais de fatiguer le lecteur, et je n'en rapporterai que deux de kératite et d'albugo, me bornant à mentionner les autres avec les résultats obtenus. Voici ces deux observations :

Obs. I. *Inflammation de la caroncule lacrymale et des conduits lacrymaux; kératite, albugo.* — M. S***, serrurier, vingt ans, constitution moyenne, tempérament lymphatique. Le frère de ce malade, qui l'accompagne, est atteint d'un lupus ulcéreux à la figure. Dans l'enfance ni gourme ni adénite, mais ophthalmies fréquentes, ayant toujours occupé l'œil gauche, qui n'est pas encore guéri. M. S*** a commencé à souffrir de l'œil droit à l'âge de dix ans. Il resta trois ans sans souffrir, puis le mal reparut il y a un an.

Etat actuel. — Lèvre supérieure grosse, teint pâle; du côté gauche, la paupière inférieure est rouge. Dans le grand angle de l'œil existe une petite quantité de pus. Rougeur pâle de la caroncule lacrymale, épiphora. Pas de gonflement, ni de sensibilité du côté du nez. Sur la cornée, albugo de forme elliptique ; en pressant le point lacrymal inférieur, on fait sourdre une gouttelette de pus. La vue est très-fatiguée le soir.

Traitement. — 8 douches au pulvérisateur. Le résultat fut des plus remarquables. Quand le malade partit, la pression ne faisait plus sortir de pus dans le grand angle de l'œil. L'albugo avait diminué d'épaisseur, et le soir la vue n'était presque plus fatiguée.

Evidemment, l'albugo aurait disparu tout à fait, si le malade avait pu subir un traitement trois fois plus long. Je puis l'affirmer avec d'autant plus de sécurité, que l'observation suivante renferme la guérison complète d'un albugo très-ancien.

Obs. II. Mlle X***, vingt-six ans, constitution assez forte, tempérament lymphatique. Dans l'enfance, pas de gourme, mais adénite. Pendant cinq années, kératite de l'œil gauche, qui a laissé après elle une petite tache. Depuis quatre ans, apparition d'une acné rosea.

Etat actuel. — Embonpoint, fraîcheur. Acné rosea peu prononcée. A l'œil gauche, sur la cornée, près de la sclérotique, petite élevure opaque de la grosseur d'une très-petite tête d'épingle tout à fait dépourvue de vaisseaux.

La malade vint deux années de suite à Saint-Christau. La première année, elle prit vingt-deux douches d'eau pulvérisée, et l'albugo avait presque entièrement disparu ; la seconde année, elle

reçut onze douches, et à son départ, il fallait employer une loupe et regarder avec beaucoup d'attention pour apercevoir la trace presque imperceptible de l'albugo.

Ces deux dernières observations présentent une certaine analogie au point de vue de la spontanéité de leur développement et de leur ancienneté. Il y avait de plus, chez le dernier malade, une complication du côté des voies lacrymales, qui s'est très-bien trouvée des douches.

J'ai eu à traiter et j'ai suivi 12 ophthalmies chroniques, à savoir : 9 blépharites, 2 kératites et 2 albugo. Voici les résultats que j'ai obtenus :

Parmi les blépharites, 3 ont guéri, 5 ont été très-améliorées et 1 est restée stationnaire. Les deux kératites ont été améliorées ; un des albugos a diminué très-rapidement en huit séances de douches, l'autre a disparu complétement. Je dois ajouter que les résultats eussent été bien plus satisfaisants si l'on avait eu affaire à des sujets disposés à subir le traitement dans toute sa rigueur et de la façon convenable ; mais aux eaux il en est rarement ainsi, la plupart des malades étant pressés de partir et quittant le pays dès la moindre apparence d'amélioration.

Quoi qu'il en soit, ce qui a dominé dans mes observations, ce sont les blépharites, et toutes ces blépharites rentraient dans la catégorie des blépharites ciliaires, c'est-à-dire appartenant à une variété d'ophthalmies très-rebelles, très-disposées à la récidive, et dépendant pour la plupart d'une diathèse profondément enracinée dans l'organisme. Presque toutes ces blépharites étaient anciennes, la moins âgée durait depuis quatre mois. Presque toutes étaient doubles, et la plupart avaient été combattues par les traitements habituellement employés contre cette variété d'ophthalmies, c'est-à-dire par des traitements généraux appropriés à la diathèse, et des traitements locaux variés, parmi lesquels figurent toujours les pommades mercurielles sous toutes les formes.

Tous les médecins connaissent la ténacité de la blépharite chronique, je veux dire la blépharite chronique d'emblée, diathésique, sa résistance aux traitements les plus variés et les plus rationnels. On sait la gêne que cette affection apporte aux fonctions visuelles chez quelques personnes, et surtout quelle difformité déplaisante elle amène chez un certain nombre. Je ne nie pas que les préparations ayant pour base le précipité rouge, sous quelque nom qu'elles se présentent : pommade de Desault, du Régent, de Lyon, de la veuve Farnier, que les solutions ayant pour base le perchlorure de

fer, le sulfate de cuivre, la teinture d'iode, n'aient une utilité bien réelle dans le traitement de la blépharite; mais ce que je crois, c'est que l'eau de Saint-Christau est un véritable collyre naturel, puisqu'elle renferme, comme éléments principaux, du cuivre, du fer, de l'iode et de la matière organique, tous agents préparés de longue main, mélangés lentement dans le laboratoire de la terre, et que cette eau est appliquée avec grand avantage aux blépharites chroniques. Je suis persuadé aussi que la pulvérisation vient ajouter à la force de ce collyre, et en fait un agent topique des plus efficaces. Je sais qu'un certain nombre d'autres eaux ont été employées avec succès dans les ophthalmies chroniques, qu'il n'est pour ainsi dire pas d'établissement thermal qui n'ait une source dite *des yeux*, que ces eaux empruntent pour la plupart leur action à des principes excitants ou astringents. C'est ainsi que la grotte d'ammoniaque, située près du lac d'Agnano, dans les environs de Naples, est célèbre dans le traitement des maladies des yeux et des paupières, que certaines eaux sulfureuses sont employées avec succès dans les mêmes maladies. Pour n'en citer que quelques exemples, je rappellerai les eaux très-sulfurées de Schinznach employées, comme celles de Saint-Christau, dans les maladies de la peau; celles de Bourbon-l'Archambault, qui sont utilisées dans le traitement des ophthalmies chroniques. Voici ce qu'en disent les savants auteurs du *Dictionnaire des eaux minérales* : « On emploie l'eau de la source *Jonas* dans les ophthalmies chroniques en douches sur les yeux. Cette source diffère un peu, d'ailleurs, des autres sources de Bourbon qui sont chlorurées, car elle ne renferme que 0,10 de chlorure de sodium, et, de plus, 0,04 de crénate de fer, composition qui la rapproche un peu de celle de Saint-Christau. »

Une des sources de Pouzzole (Italie, Deux-Siciles) est appelée *Dei lipposi*, parce que, employée en collyre, elle a été trouvée utile contre certaines ophthalmies chroniques. D'après ces quelques exemples, que j'aurais pu multiplier, on peut voir qu'il ne manque pas d'eaux dont l'action est reconnue dans le traitement des ophthalmies; mais ces eaux n'ont été jusqu'à présent utilisées qu'en lotions ou en douches ordinaires, et ce que je veux revendiquer pour Saint-Christau, c'est l'action spéciale de l'eau avec sa minéralisation propre aidée du procédé particulier de la pulvérisation.

Conclusions. — L'eau froide employée de tout temps dans les affections des yeux, sous forme de douches, a été soumise, dans ces dernières années, à une expérimentation très-sérieuse par un chirurgien fort habile, M. le docteur Chassaignac, qui, grâce à elle, a

obtenu, dans les ophthalmies aiguës, des résultats très-brillants dont j'ai été témoin plus d'une fois, et que M. Bricheteau a rapportés dans une communication fort intéressante lue, il y a plus de deux ans, à la Société d'hydrologie médicale. D'un autre côté, les collyres employés dans les ophthalmies chroniques empruntent tous au règne végétal ou minéral des principes excitants ou astringents ; enfin, on avait utilisé avec grand avantage les eaux les plus différentes par leur composition réduites en particules très-ténues dans certaines affections des muqueuses.

C'est avec toutes ces données que, guidé par l'analogie, et me basant sur la minéralisation d'une eau où dominent les sulfates de cuivre et de fer, j'ai traité un certain nombre d'ophthalmies chroniques à l'aide de la pulvérisation, et les résultats m'ont paru assez satisfaisants pour mériter d'être soumis à l'appréciation du public médical, en les accompagnant de réflexions sur le rôle de la pulvérisation dans les affections chroniques de l'appareil oculaire.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Vins ferrugineux.

Par M. Dannecy, pharmacien en chef des hôpitaux civils de Bordeaux.

La pensée de préparer un vin ferrugineux et d'offrir aux malades, sous la forme d'un aliment assimilable, un médicament aussi utile que le fer, a dû tout naturellement s'offrir à la sollicitude des praticiens, qui éprouvent souvent, de la part de leurs malades, la plus grande difficulté à faire accepter tout ce qui a la forme d'un remède. Cette réalisation était généralement considérée comme impossible, car il existe une incompatibilité absolue entre le tannin des vins et les sels de fer. Cependant la nature nous offre des exemples de la présence simultanée du fer et du tannin en combinaisons solubles et parfaitement stables; les vins de Bordeaux rouges en sont un exemple. Ils renferment tous du fer en quantité notable, ainsi que l'a démontré, le premier, M. Fauré, pharmacien à Bordeaux, dans un travail aussi intéressant qu'utile et consciencieusement fait. Ce savant confrère attribue au fer qu'ils renferment les qualités toniques et réparatrices qui les distinguent entre tous. J'ai moi-même trouvé tout dernièrement jusqu'à 25 centigrammes de tartrate de protoxyde de fer dans un échantillon de vin du pape Clément, un des premiers vins de Grave, qui, malgré cette énorme proportion de fer, a une finesse de goût des plus remarquables.

Voilà donc bien certainement le fer et le tannin en compagnie, constituant un composé parfaitement soluble et parfaitement stable, et dans lequel le palais le plus délicat ne saurait avoir la révélation de l'existence du fer. Quel est le secret de cette combinaison? C'est ce qui a fait l'objet de mes recherches, et je suis arrivé à cette conclusion, que c'est à la faveur de l'acide que renferment les vins rouges que ces deux éléments peuvent former une combinaison soluble. L'expérience prouve que l'on peut impunément ajouter 10 et même 20 grammes de sulfate de fer à un litre de vin rouge, sans apporter aucune modification dans sa couleur ni dans sa limpidité. Mais une expérience bien plus concluante encore que l'expérience sur le vin, dont les nombreux éléments pourraient bien n'être pas étrangers à ce phénomène, c'est que la solution acide de tannin n'est ni colorée ni précipitée par le sel de fer ; il en est de même des infusions ou décoctions de noix de galle, d'écorce de chêne, de quinquina, de ratanhia, etc., et enfin de toutes les substances astringentes que j'ai pu soumettre à l'expérience. Ces faits autorisent à ajouter à l'histoire du tannin, qu'il ne colore et ne précipite les solutions de proto-sels de fer que lorsque celles-ci sont neutres.

De cette observation, très-curieuse et toute nouvelle, on peut admettre, comme très-facile et parfaitement pratique, la préparation du vin et du sirop de quinquina ferrugineux, dont la réalisation, considérée par quelques-uns comme impossible, au moins avec certains vins, prématurément annoncée par quelques autres comme parfaitement réalisée, peut, aujourd'hui, entrer dans le domaine des faits acquis et devenir le secret de tout le monde ; et le praticien pourra, à son gré, varier soit dans le vin, soit dans le sirop de quinquina ferrugineux, les rapports du quinquina et du fer.

Note sur les tannins.

Par M. Filhol.

La question de savoir s'il existe un ou plusieurs tannins a été mise à l'étude par les membres du Congrès des pharmaciens. Cette intéressante question a été discutée par plusieurs savants, et elle a été diversement résolue. Pour décider s'il y a plusieurs espèces de tannins, il faut avant tout s'entendre sur ce qu'on désigne sous le nom de *tannins*. Si l'on donne ce nom à tous les principes immédiats qui communiquent à certains végétaux la propriété de transformer en cuir les peaux des animaux, l'analyse des substances végétales avec lesquelles on peut faire du cuir conduira sans aucun doute à

trouver qu'il existe plusieurs espèces de tannins parfaitement définies. En effet, les substances connues sous le nom de *quercitrin* et d'*acide morintannique* ont la propriété de se combiner avec les peaux, de manière à les transformer en cuir; elles précipitent la gélatine de ses dissolutions, et elles donnent avec les sels de fer un précipité d'un vert ou d'un rouge foncé. Elles diffèrent des tannins de la noix de galle en ce qu'elles sont cristallisables, tandis que celui-ci ne l'est pas, et en ce que le composé qu'elles produisent avec le sesquioxyde de fer n'est pas d'une couleur bleue. Le quercitrin et l'acide morintannique sont des substances bien définies, qu'on ne saurait confondre avec l'acide tannique, et qu'on peut cependant considérer comme des tannins, si l'on accepte la définition que j'ai proposée plus haut.

Il me semblerait tout aussi rationnel d'admettre qu'il y a plusieurs tannins que d'admettre qu'il y a plusieurs matières albuminoïdes. Les diverses espèces qui constitueraient alors le groupe des tannins auraient des propriétés qui leur seraient communes (celles de tanner les peaux, de précipiter la gélatine de ses dissolutions), et des propriétés particulières à chacune d'elles.

Préparations de viande crue, de l'hôpital des Enfants malades.

Les bons effets de la viande crue prescrite dans certaines diarrhées, d'après la méthode du docteur Weisse, de Saint-Pétersbourg, sont connus. Cette médication est très-employée à l'hôpital des Enfants de Paris, et voici quelques-unes des formes que lui donne M. Réveil, pharmacien de cet hôpital.

Marmelade musculine.

Pr. Filet de bœuf cru.................... 100 grammes.

Enlevez avec soin les aponévroses et toute la matière grasse; hachez menu; pilez dans un mortier en bois et ajoutez :

Sucre pulvérisé..................	20 grammes.
Chlorure de sodium................	1gr,50
— de potassium..............	0 ,50
Poivre noir pulvérisé.............	0 ,20

A prendre par cuillerée à café dans la journée. On peut remplacer le filet de bœuf par les muscles de poisson, par ceux du poulet ou du veau.

La préparation qui précède a si parfaitement réussi à l'hôpital

des Enfants malades et en ville, qu'on peut n'en pas chercher de meilleures. Cependant nous devons dire qu'en Allemagne on emploie des extraits et des sirops de viande qui commencent à s'introduire en France, et dont l'existence ne saurait être ignorée. Ainsi, dernièrement M. Mouchon a présenté à la Société de médecine de Lyon, sous le nom de *musculine*, du filet mignon privé de toute substance non alibile, desséché avec soin et avec lequel on fait des pastilles qui renferment 3gr,50 de viande, dont le goût est complétement dissimulé, et que les enfants prendront sans répugnance. 100 grammes de musculine représentent 175 grammes de viande crue; la dessiccation se fait à la température ambiante et enlève à la viande 76 pour 100 d'eau. Ces pastilles se conservent longtemps sans subir d'altération.

A l'hôpital des Enfants malades, M. Réveil n'a pas, que nous sachions, cherché à imiter M. Mouchon, mais il a composé un sirop qui peut remplacer les extraits et sirops allemands, et dont voici la formule :

Sirop de musculine.

Pr. Muscles de veau lavés, dégraissés et hachés menu	100 grammes.
Eau	500 grammes.
Acide chlorhydrique pur	0gr,50
Chlorure de potassium	0 ,50
— de sodium	0 ,50

Mêlez et agitez de temps en temps. Après douze heures de macération, passez ; filtrez et faites dissoudre à la température de 35 à 40 degrés, après avoir ajouté 9 litres d'eau pour obtenir 500 grammes de liquide, et

Sucre blanc .... 1,000 grammes.

(*Journal de médecine.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouveau cas de fistule vésico-vaginale guérie par la suture moniliforme.

En lisant dans le *Bulletin de Thérapeutique* les nombreuses observations de fistules vésico-vaginales guéries par la suture moniliforme, j'ai été frappé de la simplicité de ce procédé et de ses avantages sur le procédé américain. Aussi mon choix était-il déjà

fait quand une de ces tristes affections vint à se présenter dans ma pratique. Ce choix, je n'ai qu'à me féliciter de l'avoir fait, puisque j'ai réussi ; mais j'ai appris, en opérant, à peser à leur juste valeur certains détails dont l'importance a été méconnue ou négligée et sur lesquels cependant on ne saurait trop appeler l'attention, car de leur connaissance plus ou moins parfaite peut dépendre le succès. C'est pourquoi il ne sera peut-être pas inutile de faire connaître cette observation.

Antoinette L***, âgée de trente-huit ans, domiciliée à Boissières (Lot), perd constamment ses urines par le vagin, depuis son quatrième accouchement, qui eut lieu au mois d'octobre 1863, après un travail excessivement long et laborieux et une application de forceps.

Après plus de vingt mois de souffrances, cette malheureuse vint réclamer mes soins. A l'examen, outre l'érythème et les excoriations produites par le contact de l'urine sur les parties génitales externes et les cuisses, on trouve, sur la cloison vésico-vaginale et un peu à gauche de la ligne médiane, une ouverture dirigée d'avant en arrière et légèrement oblique de droite à gauche. Cette fistule est située à 4 centimètres du méat et mesure 2 centimètres de long sur 5 à 6 millimètres de large. Ses bords sont assez réguliers, mais durs et calleux : ils laissent voir en arrière la muqueuse vésicale, qui forme un petit bourrelet. L'angle postérieur de la fistule est à 1 centimètre environ du col, qui présente trois mamelons rouges, tuméfiés, couverts de granulations très-serrées et portant un petit polype de la grosseur d'une cerise fixé par un mince pédicule. On constate, en outre, surtout pendant la station, un premier degré d'abaissement de l'utérus, avec un peu de rétroversion.

Cet examen fait, je me décide à tenter la suture moniliforme. Deux purgatifs salins sont prescrits à la malade à vingt-quatre heures d'intervalle, et le 25 juillet 1864, à trois heures de l'après-midi, avec l'aide de mon confrère et ami le docteur Caviole fils, je procède à l'opération de la manière suivante :

La femme est placée sur les genoux et les coudes. Un fort coussin est passé sous le tronc pour le soutenir et soulager les membres antérieurs. Cela fait, j'introduis le spéculum de Bozeman, que je confie à mon confrère. Je commence l'avivement à la partie inférieure de la fistule, en cherchant à enlever une couche de tissu avec un bistouri coudé ; mais les bords sont si durs, que cet instrument glisse sur eux sans les entamer, et je me vois forcé, après plusieurs tentatives infructueuses, de recourir aux ciseaux. Je soulève alors

successivement et de proche en proche les tissus avec la pince à dents de souris et je les excise avec les ciseaux. Mais cette manœuvre ne laisse pas que d'exiger beaucoup de temps et de patience. A cette première difficulté vient s'en joindre une autre. Le lit étant très-élevé, mon confrère ne peut prendre un point d'appui suffisant sur le bassin de la femme et tenir ainsi le spéculum d'une manière solide. Il est bientôt contraint par la fatigue de s'asseoir sur le lit, à côté de la malade, ce qui l'empêche de suivre l'opération et de diriger le spéculum suivant les besoins de la manœuvre. Enfin, à quatre heures et demie, l'avivement est terminé. La fistule présente alors l'aspect suivant : Une première zone elliptique saignante de 1 centimètre de large ; une seconde zone circonscrite par la précédente, de 1 à 2 millimètres de largeur, formée par la muqueuse vaginale ; enfin, au centre, l'ouverture fistuleuse.

Des éponges imbibées d'eau froide sont introduites dans le vagin pour étancher la plaie, et, pendant que je prépare les fils, la malade se couche sur le dos et se repose.

Vingt minutes après, la femme s'étant remise dans la première position, je commence le second temps. Cinq fils d'argent sont passés successivement à 5 ou 6 millimètres de distance. Les quatre premiers, en partant de l'utérus, sont placés directement et sans l'intermédiaire de fils de soie au moyen d'aiguilles courtes et presque droites et du porte-aiguille à coulisses. L'aiguille, enfoncée à 1 centimètre du bord externe de la plaie, ressortait à 3 millimètres du bord interne, n'embrassant ainsi que les deux tiers de la surface avivée. La première lèvre une fois traversée, la seconde l'était avec les mêmes précautions, mais en sens contraire, c'est-à-dire de dedans en dehors. Les extrémités de chaque fil sont tordues ensemble et confiées à mon confrère. Le cinquième fil, qui est le plus bas, est passé du même coup dans les deux lèvres, au moyen de l'aiguille de Startin, qui n'a pu trouver un emploi avantageux que dans ce cas seulement, à cause de la direction longitudinale de la fistule.

Avant de réunir les fils, j'ai le soin de bien laver la plaie et de la rendre complétement exsangue, au moyen d''injections d'eau froide. Les fils extrêmes, qui sont passés au niveau des angles de la fistule et qui, pour cette raison, ne peuvent pas permettre d'entre-bâillement, sont serrés en tordant leurs extrémités avec une pince, d'après le procédé de Marion Sims. Quant aux trois autres, au niveau desquels l'entre-bâillement est à craindre, par suite de l'écartement des lèvres et du tiraillement qui doit en résulter, ils sont fixés en

suivant les règles de la suture moniliforme, laquelle, comme on sait, a la propriété de rapprocher surtout le fond de la plaie, à la manière de la suture enchevillée. Rien n'est changé au *modus faciendi* du procédé de M. Desgranges, si ce n'est que je me sers de plomb n° 1 faute d'avoir du plomb n° 0, et que les chefs gauches sont coupés à 2 centimètres pour pouvoir être saisis, tandis que du côté droit les fils ne dépassent pas les plombs, ceux-ci ayant été placés à leur extrémité, ce qui est une faute, comme on le verra.

La suture une fois terminée, on peut s'assurer que l'affrontement est complet aux extrémités, qu'à la partie moyenne les bords restent un peu écartés, mais que le fond est bien réuni, ce qui tient au mode d'action de la suture moniliforme. Du reste, pas une goutte de liquide ne vient sourdre à travers la fistule, et 200 grammes d'eau tiède injectés dans la vessie ressortent complétement par la sonde. Ainsi se termine l'opération : elle avait duré deux heures et demie.

La femme étant remise dans son lit, je lui mets la sonde de Marion Sims à demeure. En même temps, je prescris une pilule de 5 centigrammes d'extrait thébaïque à prendre tous les soirs, afin de produire la constipation.

Tout se passe pour le mieux après l'opération : pas de douleur, pas de fièvre, pas d'écoulement. Toutes les fois qu'on replace la sonde, après l'avoir nettoyée, il s'écoule aussitôt une certaine quantité d'urine. Le sixième jour, il y a une selle sans inconvénient, et le huitième nous nous réunissons de nouveau, le docteur Caviole et moi, pour tirer les fils.

Tous étaient en place, excepté le troisième, dont les deux plombs du côté gauche avaient traversé la lèvre correspondante de la fistule et étaient venus se loger dans l'entre-bâillement dont nous avons parlé et qui existait encore. Quand aux deux autres fils moniliformes, leurs plombs s'étaient engagés par ulcération dans les tissus, au point de n'être plus visibles. Le premier, le troisième et le cinquième fils sont aussitôt coupés et enlevés. J'essaye de dégager les plombs des deux autres, en tirant sur les bouts de chefs que j'avais laissés ; je réussis ainsi à couper l'un des fils au-dessous du plomb double, sans pouvoir cependant l'extraire, faute d'avoir le moyen de tirer sur l'autre extrémité où, comme je l'ai dit, le fil ne dépassait pas le plomb. En présence de cette difficulté, je me décide à en abandonner l'élimination à la nature. Quant à l'autre fil, craignant de produire des tiraillements trop forts et voyant du reste que la réunion de la plaie n'était pas complète, je le laisse encore. Bien

que pendant toutes ces manœuvres aucune goutte d'urine ne fût sortie par la fistule, je voulus, pour plus de certitude, injecter de l'eau dans la vessie. Mon confrère en poussa alors environ 300 grammes et, pas plus que la première fois, nous ne vîmes rien s'échapper par la plaie, malgré de vigoureuses contractions qui furent provoquées par un besoin d'uriner tellement violent, que la femme poussait des cris.

Cela fait, la malade reprend sa position. Deux jours après, je la visite de nouveau. Le fil coupé s'était éliminé spontanément; quant à l'autre, il avait fait comme le troisième; le plomb droit avait traversé la lèvre correspondante et s'était logé dans la plaie, où on le voyait par transparence à travers une mince couche de lymphe plastique. Je le soulève avec précaution, au moyen d'un petit crochet, je coupe le fil au-dessous et j'achève de tirer le reste. J'ai la satisfaction de constater que, malgré cet accident, rien ne s'écoule par la fistule et que les lèvres de la plaie sont parfaitement adhérentes au-dessous du plomb. On comprend que ce résultat fut dû uniquement à la précaution que j'avais prise de laisser un tiers de la surface avivée au-dessous du fil; car, si j'avais compris dans le lien métallique toute la plaie, jusqu'à la muqueuse vésicale, le plomb, en suivant le trajet du fil, aurait pénétré dans la vessie, et l'urine se serait écoulée à la fois par le canal tracé par le plomb et par la fistule. Je recommandai à la femme de laisser encore un jour la sonde en place, après quoi elle pourrait la quitter et se lever.

Quatre jours après, la cicatrisation était complète : on ne voyait plus cet entre-bâillement que nous avions constaté jusqu'alors, et on avait même quelque peine à reconnaître la position qu'occupait la fistule. La femme nous apprit qu'elle gardait parfaitement son urine pendant la nuit, et qu'elle ne se levait que deux ou trois fois au plus, mais que pendant le jour, elle éprouvait des envies d'uriner plus fréquentes et que même, depuis la veille, elle se sentait parfois mouillée. Interrogée par nous, pour savoir si l'urine passait par le vagin, elle nous fit une réponse négative, et, comme l'examen le plus attentif ne nous avait fait découvrir aucun orifice, nous attribuâmes ce fait à une atonie du sphincter vésical et de l'urèthre.

Cependant l'écoulement, au lieu de diminuer avec le temps, sembla augmenter. Au lit et dans la station assise, la femme parvenait bien à garder son urine plus d'une heure, mais dans la station debout, elle la perdait en plus grande abondance. Préoccupé

de cet état de choses, je l'examinai de nouveau et j'injectai dans la vessie de l'eau colorée avec du lait. Je vis alors un filet liquide s'élancer de la paroi vésico-vaginale, par un petit orifice qui ne mesurait pas plus d'un millimètre sous la pression de l'eau, et qui, dans l'état de vacuité de la vessie, n'existait en quelque sorte que virtuellement. La fistule s'était donc reproduite! Comment les choses s'étaient-elles passées? Il serait difficile de le dire d'une manière certaine : je serais cependant assez porté à admettre qu'il dût se produire un décollement au point où vint sortir le plomb du dernier fil coupé, car il n'y avait là d'adhérence que sur une largeur de 2 à 3 millimètres au plus, et cette adhérence a pu céder sous l'influence combinée du tiraillement des lèvres de la fistule et de l'inflammation de leur partie supérieure qui n'était pas encore cicatrisée. Quoi qu'il en soit, il y avait lieu d'achever l'œuvre commencée.

La fistule étant si petite, je voulus essayer les cautérisations avant d'en venir à une nouvelle opération : trois cautérisations au nitrate d'argent, et deux au fer rouge furent faites sans succès. Alors je résolus de faire de nouveau la suture. Le 18 décembre, à dix heures du matin, je passai un fil à travers la fistule, après l'avoir avivée selon les règles. A partir de ce moment, pas une goutte d'urine ne s'est écoulée par cette voie, malgré une grave imprudence commise par la malade. Ainsi le lendemain et le surlendemain de l'opération, elle se leva pour vaquer aux soins les plus pressants de son ménage, et ne se recoucha qu'après deux heures de travail. Elle avait parfaitement conservé son urine. Le huitième jour le fil fut enlevé : la cicatrisation était complète. La femme est aujourd'hui tout à fait guérie.

Si nous cherchons maintenant les leçons qui découlent de cette observation, nous arriverons aux conclusions suivantes :

1° Le lit ne doit pas être trop élevé : il faut que l'aide qui tient le spéculum, debout à côté de la femme, puisse appuyer son avant-bras sur le bassin ;

2° On peut sans inconvénient passer les fils métalliques sans l'intermédiaire de fils de soie ;

3° L'aiguille de Startin n'est avantageuse que dans les fistules transversales ;

4° Les plombs doivent être aussi gros que possible : il y aurait tout avantage à se servir de plombs d'un diamètre égal à l'écartement des fils : on ne serait pas exposé ainsi à voir les lèvres traversées par ces petites sphères ;

5° Il ne faut embrasser dans les fils que les deux tiers ou la moitié de la surface avivée.

Ce précepte étant essentiel, mérite quelques développements. Si les fils embrassent dans leur courbure toute la surface avivée, comme dans le procédé américain, quand on viendra à les serrer, leur courbure s'effacera, ils se redresseront et soulèveront en même temps les lèvres saignantes, qu'ils feront entre-bâiller au dehors. La pression ne s'exercera alors qu'au niveau des points où les fils passent d'une lèvre à l'autre, c'est-à-dire suivant une ligne étroite, et comme cette ligne, n'est autre dans l'hypothèse que le bord vésical de la fistule, il s'ensuivra que l'affrontement n'existera réellement que sur cette arête et sur une petite surface au-dessus, ce qui diminuera beaucoup les chances de succès. Supposons, au contraire, que les fils laissent au-dessous d'eux une partie de la surface avivée; comme cette surface représente un infundibulum très-évasé, quand on rapprochera les plombs, la première partie qui se réunira sera le bord inférieur ou vésical de l'infundibulum, puis de proche en proche la surface saignante jusqu'au fil. Au-dessus du fil, il n'y aura que 2 ou 3 millimètres en contact, suivant la grosseur des plombs : le reste sera à nu. Ainsi dans la suture moniliforme, la partie la mieux affrontée, c'est celle qui est au-dessous du fil, celle précisément qu'il est le plus important de bien réunir. Au-dessus, il n'y a presque pas de contact : on a toujours une certaine étendue de plaie qui reste à nu, et qui ne peut se réunir que par seconde intention. Comme corollaires de cette règle, nous poserons les deux suivantes :

6° Ne serrer les fils que jusqu'à ce que leur partie intrafistuleuse ne soit plus visible. On comprend en effet, d'après ce que nous avons dit, qu'on chercherait vainement à réunir la partie supérieure : une constriction forcée n'aurait pour résultat que de favoriser la pénétration des plombs dans les tissus par ulcération ;

7° Attendre, avant d'enlever les fils, que la partie de la fistule non affrontée soit cicatrisée, pour éviter le décollement consécutif qui pourrait en résulter.

Docteur Emile Rey,
à Saint-Denis par Catus (Lot).

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes de pathogénie et de séméiotique : les paraplégies et l'ataxie du mouvement, par S. Jaccoud, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Voici enfin un livre qu'on n'effleure pas seulement du regard, mais qu'on lit avec un intérêt soutenu, depuis la première jusqu'à la dernière page, et qu'on se propose de relire encore, quand déjà on l'a lu avec la plus sérieuse attention. C'est que M. Jaccoud, malgré la modestie du titre sous lequel il présente son nouvel ouvrage au jugement du public médical, s'efforce, plus qu'on ne le fait d'ordinaire, d'aller au fond des choses qu'il étudie, et de faire sortir de ses études profondes des enseignements positifs, des enseignements qui répondent véritablement aux légitimes exigences de la science. Ce qui imprime, avant tout, un véritable cachet d'originalité au travail de notre distingué confrère, c'est la méthode qui l'y dirige constamment, et qui consiste à concentrer les lumières de la physiologie sur les phénomènes qu'il étudie, et à mettre ainsi en plein jour la séméiotique et la pathogénie des accidents morbides dont il s'occupe dans son intéressant ouvrage. M. Jaccoud n'est point un homme qui se surfasse ; si, lui aussi, avant d'aborder les questions dont il traite aujourd'hui, il a fait des recherches de physiologie expérimentale, si surtout il a demandé à l'anatomie pathologique ses enseignements précieux, et si, comme cela est surtout nécessaire, quand il s'agit de la vie anomale du système nerveux, il a demandé au microscope des secrets de désorganisation pathologique que l'œil nu ne peut pas même soupçonner ; si, répété-je, notre laborieux confrère apporte, en ces études diverses, son contingent particulier de recherches, bien plus large est la part qu'il fait, dans cette partie fondamentale de son livre, aux travaux de ceux qui ont marché, avant lui, dans cette carrière difficile, ou qui, à l'heure qu'il est, s'occupent, en même temps que lui, d'élucider les mêmes questions. Ainsi que nous avons eu déjà occasion de le dire, M. Jaccoud connaît à fond plusieurs langues vivantes, et cet instrument qui nous fait trop souvent défaut, lui a permis, pour s'éclairer de l'expérience des autres sur ces questions délicates, de puiser à des sources qui sont fermées pour la plupart d'entre nous. Il s'est surtout adressé aux physiologistes et aux médecins allemands pour l'aider dans les études obscures dont le présent ouvrage n'est, nous l'espérons, dans l'intérêt de la

science, qu'un spécimen important ; c'est que le génie de l'Allemagne est un peu, mais n'est pas tout à fait ce que nous supposons. Si l'Allemand rêve quelquefois, et s'efforce de nous donner ses rêves comme la pleine lumière de la vérité, c'est que, d'instinct, il ne peut s'arrêter à la surface des choses, et qu'il veut toujours voir derrière le phénomène; il s'accommode du scepticisme beaucoup moins facilement que nous. Qu'y a-t-il d'étonnant, dès lors, qu'il rêve, quand il s'attaque à des questions, qui, peut-être, dépassent la portée de l'intelligence humaine ? Mais viennent des questions d'un autre ordre, de ces questions, à propos desquelles on pourrait rappeler le mot de M. Ingres : « La nature accorde tout à ceux qui lui demandent en face, elle n'est avare que pour les pauvres honteux, » et cet instinct qui, tout à l'heure, le conduisait presque inévitablement à l'erreur, parce qu'il s'attaquait à l'impossible peut-être, l'acheminera lentement à la solution de questions que d'autres intelligences, plus ouvertes cependant, ne saisiront pas toujours aussitôt que lui. L'inchauvinisme de M. Jaccoud nous entraîne : mais nous n'irons pas plus loin dans ce chemin de traverse, où nous courrions risque de rencontrer plus d'une pierre d'achoppement, et nous nous contenterons de recommander à ceux sous les yeux desquels ces lignes pourraient tomber, d'étudier à ce point de vue le livre de notre honorable confrère, et ils s'y convaincront aisément que si l'on rêve quelquefois au delà du Rhin, on y voit aussi quelquefois juste comme en deçà.

Rien n'est à négliger dans la lecture de ce livre pour avoir la pleine intelligence des questions ardues et excessivement intéressantes qui y sont tour à tour traitées de la manière la plus lucide et la plus française. Il faut surtout lire et relire avec la plus religieuse attention la première partie de l'ouvrage, où il est traité d'une manière sommaire de l'anatomie et de la physiologie de la moelle épinière, et qui est la clef, si nous pouvons ainsi dire, du reste de l'ouvrage. Ecoutez l'auteur sur ce point, il va vous dire, avec la sage réserve d'un homme qui sait, en face même des plus brillantes perspectives, se défendre d'un enthousiasme qui plus d'une fois a fait manquer la vérité, comment, à son point de vue, ces notions préliminaires sont essentielles à l'intelligence des phénomènes morbides qu'il doit étudier. « Il s'agit ici, dit-il, de deux phénomènes morbides (paraplégie et ataxie du mouvement) dont la conception pathogénique, dont la conception clinique elle-même, sont entièrement subordonnées à des connaissances précises et complètes touchant la structure et la physiologie de la moelle épi-

nière. J'ai dû, avant toute autre chose, exposer l'état de la science sur ces deux questions. Appuyé sur cette base, qui, bien qu'incomplète encore, présente néanmoins une solidité suffisante, j'ai dû rechercher les conditions et le mécanisme des perturbations morbides de la fonction normale. » Cette préleçon, pour l'intelligence du livre, était tellement nécessaire, que nous ne doutons pas un instant qne ceux qui, sans s'y éclairer, passeraient immédiatement à la lecture de la partie pathologique du travail de notre savant confrère, n'y comprendraient rien, ou que cette lecture au moins ne laisserait dans leur esprit qu'une impression confuse de la vérité, si des études d'hier sur ce point ne les y avaient à l'avance préparés.

Cette étude préliminaire terminée, M. Jaccoud passe immédiatement à l'objet essentiel de son livre, la pathogénie et la séméiotique des paraplégies et de l'ataxie du mouvement.

Bien que le premier de ces sujets, objet, depuis longtemps, de recherches attentives, se prêtât moins que le second à des considérations neuves, originales, la méthode même qu'a suivie notre confrère dans cette étude, et que nous avons tout à l'heure indiquée d'un trait rapide, n'a pas laissé de le conduire, sur plusieurs points de cette question, à une conception des choses tout à la fois plus large, et plus logiquement enchaînée, qu'on ne le trouve d'ordinaire chez les auteurs les plus autorisés qui se sont occupés de la même perturbation de la vie normale de la moelle épinière. L'auteur partage les paraplégies en quatre classes distinctes : les paraplégies organiques, les paraplégies ischémiques, les paraplégies dyscrasiques et les paraplégies fonctionnelles : chacune de ces dénominations marque d'un trait suffisamment caractéristique la nature certaine ou probable de ces paraplégies. C'est dans ce livre même qu'il faut lire l'histoire lumineuse de cette maladie identique dans sa forme, au moins à un moment donné de son évolution, mais si différente dans les conditions pathogéniques au milieu desquelles elle apparaît, conditions si utiles à déterminer, et d'où dépend essentiellement le diagnostic médical qu'il s'agit d'en porter, comme la thérapeutique par laquelle l'on peut prétendre à la combattre utilement. Si M. Jaccoud estime que la science ne peut guère être que le résultat du travail accumulé des travailleurs sérieux, et si, guidé par cette vue saine entre toutes, il met largement à contribution, dans ses personnelles études, les travaux qui s'y rapportent ou seulement qui y confinent, partout où il rencontre des erreurs, il les combat avec une mâle vigueur. Nous qui, dans cette revue critique, ou si l'on veut, ce *steeple chase* à travers les livres, nous, dis-je,

qui, quand nous rencontrons beaucoup d'erreurs, n'en signalons que quelques-unes, et qui, quand quelques mots amers nous échappent, nous efforçons de les noyer dans le miel et le lait, nous avons rougi de notre pusillanimité en face de cette critique austère et sans pitié. Que les sensitives, qu'un coup d'épingle blesse, alors que nous croyions les avoir anesthésiés à force de myrrhe et d'encens, lisent, dans le livre dont nous nous occupons en ce moment, ce qui a trait aux travaux de M. Brown-Sequard et surtout de M. Duchenne (de Boulogne) et ils se consoleront, et au lieu de nous accabler de leur prose, ils se mettront de suite à la tête d'une souscription pour une statue en sucre d'orge qui, un jour, nous sera infailliblement élevée. Mais stopons ici, nous allions dérailler; hâtons-nous de reprendre notre voie habituelle.

Nombreux, nous le répétons, sont les enseignements nouveaux qui sortent des *études pathogéniques et séméiotiques* de M. Jaccoud relativement aux paraplégies; mais la partie la plus profondément originale de cet excellent travail n'en est pas moins celle qui a trait à l'ataxie du mouvement, par laquelle se termine l'ouvrage de notre savant confrère.

Nous ne pouvons malheureusement suivre l'auteur dans l'analyse profonde qu'il fait de l'ataxie du mouvement: il nous faudrait pour cela entrer dans des considérations physiologiques et pathologiques, qui dépasseraient de beaucoup les limites dans lesquelles nous devons nous renfermer ici. L'auteur a résumé quelque part en quelques lignes rapides le résultat de ses laborieuses études à cet égard, nous allons les reproduire; cette citation, si courte qu'elle soit, aura le double avantage de bien informer le lecteur, et de montrer la manière ferme et lucide de M. Jaccoud, quand il s'agit de résumer, et en la résumant, de préciser sa pensée : «Arrivé au terme de cette analyse, dit-il, je puis facilement résumer ces faits en quelques propositions ; la coordination motrice est subordonnée, en tant qu'opération volontaire, à l'intégrité du sens musculaire, et accessoirement à l'intégrité du sens tactile : en tant qu'opération involontaire et mécanique (M. Jaccoud dit à quel élément anatomique de la moelle est dévolue cette activité automatique sous l'influence de l'incitation cérébrale, et avant de fermer cette parenthèse, nous ajouterons que, ce point établi, il part de là pour admettre le principe de la doctrine spiritualiste unitaire (1).

(1) L'imprévu de cette dernière conclusion nous engage à reproduire en entier une note de l'auteur. « Ce résultat si admirable et si imprévu, dit-il, de

en tant qu'opération involontaire et mécanique, dis-je, elle résulte des irradiations spinales et de la motricité réflexe. Transportons ces conclusions dans le domaine pathologique, et nous serons pleinement édifiés sur les conditions pathogéniques de l'ataxie du mouvement, elles sont toutes comprises dans l'équation physiologique que voici : ataxie du mouvement signifie abolition du sens musculaire, perturbation dans les irradiations spinales et dans les actes réflexes. Si l'ataxie est complète, toutes ces conditions seront présentes ; si l'ataxie est incomplète, quelqu'une d'elles pourra manquer ; c'est à la séméiotique qu'appartient la solution de cette question secondaire. »

Toute la conception de l'ataxie locomotrice, telle que M. Jaccoud l'a développée dans son livre, est concentrée dans ces quelques lignes. Serait-il impossible de formuler quelque objection sérieuse contre cette théorie si correcte et si ingénieuse tout ensemble? Nous n'oserions assurément risquer à cet égard une réponse négative ; mais nous n'en sommes pas moins persuadé que si notre laborieux confrère n'est point encore complétement arrivé au but qu'il s'est marqué, il est dans la voie qui l'y doit conduire.

Nous ne dirons rien de plus sur ce livre, que nous adjurons tous les hommes qui s'intéressent au progrès de la science de lire et de méditer ; mais quelle que soit sa fortune, dans ce siècle qui a trouvé tant de moyens de mettre des sourdines à la vérité, au profit de l'erreur et de ceux qui en vivent, nous ne doutons pas qu'il ne marque un progrès réel dans une partie des plus obscures de la pathologie : telle est, au moins, l'impression que nous laisse la lecture attentive d'un ouvrage qui se recommande tout à la fois

l'action propre de la moelle mérite la plus sérieuse attention ; il n'est pas moins intéressant pour le psychologiste que pour le médecin, et quoique je ne veuille pas aborder une question qui ne rentre pas dans le cadre de ces études, je ne puis omettre de faire remarquer jusqu'où s'étend la portée de ces notions physiologiques. Elles apportent à la doctrine spiritualiste unitaire, qui professe l'identité de l'âme pensante et de l'âme végétative (principe vital) un appui tout-puissant, car elles réduisent à néant l'un des arguments les plus sérieux de la doctrine dualiste, en nous démontrant que les actes fonctionnels les plus complexes (respiration, combinaison et coordination des mouvements, mouvements de déplacement, etc.) sont accomplis dans l'être vivant, en vertu d'un mécanisme organique saisissable. Il n'est plus besoin dès lors, pour en comprendre la réalisation constante et régulière, de faire descendre l'âme pensante au rôle de simple serviteur du processus organique, pas plus qu'il n'est nécessaire d'imaginer à côté d'elle un second principe chargé de veiller à l'exécution de ces actes divers. » C'est surtout à l'adresse de messieurs de Montpellier que nous avons reproduit cette note.

par la fermeté du style, l'excellence de la méthode, et s'il n'a qu'entrevu la vérité, par la largeur des perspectives qu'il ouvre à la pensée et à l'esprit d'investigation.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Bons effets de l'emploi des semences de citrouille dans deux cas de ténia. — Les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* n'ont point oublié les efforts tentés par Debout pour démontrer les propriétés ténifuges des semences de citrouille; et un certain nombre de faits favorables à l'action de ce médicament ont été publiés dans ce recueil.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Desnos, médecin du bureau central, deux nouvelles observations qui démontrent que ce produit de la matière médicale indigène doit être considéré comme un anthelmintique des plus efficaces.

D'un prix peu élevé, d'une préparation facile, c'est un médicament dont on ne saurait trop recommander l'usage.

Obs. I. Dieck (Henri), trente-quatre ans, sellier, d'une constitution robuste. Entré à la salle Saint-Chales, nº 1 *ter*, hôpital Lariboisière, le 15 février 1864, cet homme, pour la première fois, a rendu des bandes de ténia en 1848.

Quinze mois après, il en a expulsé encore 10 mètres environ.

L'été dernier, après un purgatif, il a rendu 3 mètres environ de ténia.

Né dans le département de l'Aisne, le malade assure que son père aurait eu le ténia, son frère également. Il accuse les phénomènes suivants :

Sentiment de poids considérable au creux épigastrique, parfois coliques vives, appétit le plus souvent normal; quelquefois exagéré et vorace.

En 1848, il est arrivé à manger jusqu'à 24 livres d'aliments par jour, actuellement il mange environ 2 livres de pain par jour.

Le surlendemain de son entrée, M. Desnos prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz, et le jour suivant un purgatif ainsi composé :

Semences sèches de citrouille.............	40 grammes.
Huile de ricin..........................	20 grammes.
Miel................................	20 grammes.

dont on fait une émulsion.

Ce purgatif avait été pris le matin; dès le soir le malade a rendu environ 2 mètres de ténia.

L'examen très-attentif n'a pas permis de retrouver la tête dans les matières expulsées. Cette tête a dû être détachée au moment où on recueillit le ténia, car on voit manifestement sur la portion que l'on possède le col du ténia présentant une partie effilée déchirée, rompue au niveau de la tête.

Obs. II. Au n° 29 de la salle Saint-Jean (hôpital Beaujon) entre le nommé Defrène (Arthur), mécanicien, âgé de vingt-deux ans.

Reçu le 7 juillet, à la consultation, sur sa demande, il assure avoir déjà rendu plusieurs anneaux de ver; il en rend continuellement, sans effort et sans garde-robe; le médecin qui le soignait en ville, lui donna du kousso, mais ne vint pas à bout de le guérir.

Le malade n'accuse aucun symptôme important: les douleurs de ventre sont légères; il éprouve seulement des lassitudes et de la répulsion pour son travail. Son appétit est normal, et n'a jamais été exagéré. Il y a environ deux mois, il mangea du jambon cru en assez grande quantité, nourriture dont il est assez friand, et quelque temps après il se sentit un malaise qu'il ne s'expliquait point.

Actuellement sa figure est injectée, il accuse du prurit à l'anus, mais il fait remonter ce prurit aux selles causées par le kousso, il y a une semaine environ.

A peine avons-nous quitté son lit, lors de la visite du 8, qu'il nous rappelle pour nous montrer un anneau qu'il vient de rendre en causant avec nous.

Le 9 le malade est mis à la diète. Le 10, après la visite, le malade prend en notre présence une *émulsion de pépins de courge* fraîchement préparée, l'épisperme des pépins ayant été préalablement enlevé. Cette émulsion est prise dans 150 grammes d'eau. Une demi-heure après, le malade prenait une dose d'huile de ricin de 40 grammes, additionnée d'une quantité égale d'eau de menthe. Le 11 un ver rubané, enroulé sur lui-même et tout entier conservé dans un de ces verres servant à l'examen des urines, nous est présenté.

Le malade l'avait rendu quelques heures après notre sortie de l'hôpital, au milieu de souffrances assez vives, qui durèrent une demi-heure, mais qui, à son dire, furent moins fortes que celles qu'il ressentit lors de sa médication par le kousso.

Le ver se ramasse sur lui-même lorsqu'on l'irrite, et le malade nous apprend que la tête a été rendue; car, dit-il, hier tous mes

voisins et moi nous distinguions nettement les deux yeux de cette vilaine bête qui brillaient : il entend dire probablement les suçoirs situés, comme on sait, aux quatre angles de la tête.

Cette tête est d'une finesse exquise et, placée sur le champ du microscope, elle se détache malheureusement au contact d'une petite pointe en verre et n'a pu être retrouvée.

Toutes les probabilités *de visu* étant pour l'expulsion complète du ténia, M. Desnos administre le 12 une dose d'huile de ricin de 40 grammes. Le 14 le malade quitte l'hôpital, nous promettant d'y rentrer si son ver n'avait pas été complétement expulsé. Depuis il n'est pas revenu.

Nous rappellerons, en terminant, qu'on obtient des résultats encore plus favorables, en associant aux semences de citrouille l'extrait oléo-résineux de fougère. Voici du reste la formule telle qu'elle a été donnée par Debout (*Bulletin de Thérapeutique,* t. LXIII).

Pr.	Semences mondées de citrouille.......	40 grammes.
	Sucre..................................	30 grammes.
	Eau....................................	150 grammes.
	Extrait oléo-résineux de fougère mâle.	4 à 8 grammes.

A prendre le matin à jeun en quatre fois, à un quart d'heure d'intervalle.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie ; insuccès. Quand il s'agit d'un moyen thérapeutique nouvellement préconisé, ce ne serait pas se conformer aux exigences légitimes de la science que de ne citer que des exemples de succès ; il faut aussi rapporter les cas où les mêmes avantages n'ont pas été obtenus. C'est par la comparaison des uns ou des autres qu'il peut devenir possible de faire un jour la part de la vérité et la part de l'erreur. Nous devons donc mettre sous les yeux de nos lecteurs, comme une pièce importante de l'instruction qui se poursuit, les résultats des expérimentations faites par M. Moreau, de Tours, chez un certain nombre de malades de son service à la Salpêtrière.

D'après le compte rendu publié par M. Peulevé, interne de M. Moreau, les expériences en question ont été faites, et cela était naturel, sur les plus jeunes malades, celles chez qui la maladie était la plus récente, qui par conséquent présentaient le plus de chances de guérison. Le traitement a duré trois mois, septembre, octobre et novembre, et les doses du médicament ont été administrées de la manière suivante :

1re huitaine		0gr,50	en 3 doses.
2e	—	1gr.	—
3e	—	1gr,50	—
4e	—	2gr.	—
5e	—	2gr,50	—
6e	—	3gr.	—

Cette dose de 3 grammes est restée fixe à partir de la sixième semaine jusqu'à la fin du traitement.

Or, du résumé des observations de 15 malades soumises à ce traitement, il ressort que :

1° Sur une première catégorie de

6 malades, le bromure n'a produit aucun effet ni en bien ni en mal : l'épilepsie a continué sa route sans exacerbation et sans rémission ;

2° Sur une deuxième catégorie de 8 malades les accès ont été plus nombreux pendant le traitement qu'auparavant, sans qu'il soit possible toutefois d'accuser le bromure de ces résultats, le maximum des accès pendant le traitement ayant déjà été atteint dans les années précédentes et à plusieurs reprises ;

3° Enfin, chez la 15e malade il y eut pendant le traitement moins d'accès, mais plus de vertiges, effet qui, s'il devait être attribué à la médication, ne serait pas véritablement avantageux, puisqu'il est loin d'être prouvé que l'épilepsie vertigineuse soit moins grave que l'épilepsie avec accès.

Tels sont les résultats des expérimentations de M. Moreau, de Tours. Sont-ils décidément de nature à infirmer la valeur de ceux en sens opposé produites par les autres observateurs ? Nous ne pensons pas qu'il soit possible de le dire. Ce n'est pas que nous soyons disposés à croire quand même et dès à présent à l'efficacité du bromure potassique contre l'épilepsie; en fait de science, il ne s'agit pas de *croyance*, il s'agit de *démonstration*. Or, les faits où il y a eu guérison étaient-ils ou n'étaient-ils pas des cas d'épilepsie? Si c'étaient des cas d'épilepsie authentique, il y a donc des épilepsies que le bromure est susceptible de guérir, et c'est à distinguer celles qui appartiennent à cette catégorie que les observateurs doivent s'attacher, autrement dit, il est nécessaire de spécifier d'une manière précise les conditions où le bromure peut amener la guérison, de même que les doses, le mode d'administration, etc. (*Union méd.*, 1865, numéro 40.)

Kyste multiloculaire de l'ovaire. Ovariotomie. Guérison. M. le docteur de Montel, de Vevay (Suisse), a publié un cas intéressant de cette opération, dont voici le résumé : Marie Chaubert (de Cherbrea), âgée de vingt-six ans, n'avait pas éprouvé jusqu'en 1860 d'autres maladies que deux attaques de rhumatisme articulaire. A cette époque, elle commença à ressentir une douleur sourde dans l'hypocondre droit, et une tumeur qui s'y développa fut traitée par des évacuants, des frictions résolutives et des sangsues. M. le docteur Rossier reconnut un kyste de l'ovaire et pratiqua, le 17 décembre 1860, une première ponction qui donna issue à 11 litres d'un liquide brunâtre, filant et gélatineux. Il constata, après l'évacuation du liquide, qu'il restait, dans la région iliaque droite, une tumeur qu'il considéra, en raison d'une constipation opiniâtre, comme une tumeur fécale. En mai 1864, seconde ponction suivie de l'évacuation du même liquide et en même quantité. Au mois d'août, troisième ponction. Au mois d'octobre suivant, le liquide s'était reproduit; aussi la malade se décida-t-elle à entrer à l'hôpital du Samaritain. Là, l'opération de l'ovariotomie fut proposée et acceptée.

Malgré les douleurs abdominales assez vives et la gêne de la respiration, et un peu d'amaigrissement, l'état général de la malade était satisfaisant. La peau de l'abdomen était tendue, luisante, et contenait dans son épaisseur des veines volumineuses. Les règles n'avaient jamais cessé d'être régulières.

La malade étant préalablement purgée et baignée, l'opération fut pratiquée, le 8 décembre, de la manière suivante : Incision sur la ligne blanche, depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse pubienne, longue de 22 centimètres. Le péritoine divisé, on aperçut la paroi blanche, nacrée, fibreuse du kyste. La main, imprégnée de décoction de graine de lin, fut introduite entre la paroi abdominale et celle du kyste et détruisit ainsi plusieurs adhérences assez lâches. Puis un gros trocart fut plongé dans la partie moyenne de la tumeur, et le liquide put s'écouler par un tube de caoutchouc fixé à la canule de l'instrument. A mesure que le liquide s'écoulait, la masse kystique était attirée au dehors par des pinces de Museux, et la main du chirurgien détruisait les adhérences latérales et postérieures, dont quelques-unes nécessitèrent l'emploi des ciseaux et de deux ligatures métalliques.

On put bientôt attirer au dehors toute la masse suspendue à un large pédicule contenant, dans son intérieur, deux vaisseaux contournés en spirale, de la grosseur d'une plume de corbeau. Le pédicule fut saisi avec un clamp, lié avec un fil métallique et coupé au-dessus de la ligature. Puis il fut fixé dans la partie moyenne de la plaie, dont les bords furent rapprochés, par dix épingles. On eut soin de faire traverser aux épingles toute l'épaisseur des bords.

Cataplasme tiède sur le ventre, et, chaque demi-heure, deux cuillerée à café de champagne frappé à la glace. Les huit jours qui suivirent, on dut pratiquer le cathétérisme. Les règles apparurent le troisième jour.

Le quinzième jour, sans avoir éprouvé aucun accident sérieux, la malade se leva, et vingt-deux jours après l'opération, elle vaquait aux soins de son ménage.

On avait eu affaire à un kyste multiloculaire, à liquide filant et visqueux, de ceux qui ne guérissent pas par les ponctions et les injections iodées. Le kyste principal avait les dimensions d'une grande vessie de bœuf. Il y avait, en outre, un amas gros comme une tête de fœtus constitué par une vingtaine de loges distinctes, dont deux présentaient une paroi très-amincie et un contenu purulent. (*Gaz. hebd.*)

Action de l'opium comme astringent dans le diabète. L'emploi de l'opium dans le traitement du diabète jouit encore, en Angleterre, d'une très-grande vogue. On le considère comme un très-puissant astringent du rein. Owen Rees (*Lancet*, 24 septembre) cite des cas où l'on donne chaque jour aux malades 6 grains, c'est-à-dire près de 40 centigrammes d'opium.

C'est contre cette pratique que le docteur Francis E. Anstie s'élève avec juste raison. Dans un article récent il démontre que l'opium ne peut ralentir la circulation rénale que s'il est donné à doses énormes. Cet ensemble de phénomènes nerveux, si bien définis sous le nom de narcotisme, retentit sur les nerfs vaso-moteurs et peut affecter spécialement tel ou tel ensemble vasculaire. C'est ainsi, par exemple, que s'il survient des sueurs profuses, par une action inverse on verra diminuer la sécrétion rénale.

A ce compte, l'opium est bien un astringent du rein; mais il faut pour cela des doses énormes, surtout dans les cas de diabète, car l'hypersécrétion rénale, en amenant l'élimination rapide de l'opium, rend le narcotisme plus difficile à obtenir.

Sans revenir sur tous les inconvénients qui peuvent résulter de l'usage trop longtemps prolongé des préparations opiacées, dégénérant en habitude (V. *Edinburg Med. Journ.*, oct. 1864), nous dirons seulement que l'opium à doses élevées ne peut être employé utilement dans le traitement du diabète et que jamais, dans aucun cas, il ne pourra dispenser du régime diététique qui est, comme le fait très-bien remarquer le docteur Anstie, le meilleur et le plus sûr mode de traitement que l'on puisse employer. (*Lancet* et *Gazette médicale*)

De la névralgie consécutive aux blessures des nerfs. Bons effets des injections sous-cutanées de morphine. M. Mason Warren, chirurgien à Massachusetts general Hospital, vient de publier trois observations de névralgies violentes succédant à une blessure d'un tronc nerveux, guéries par les injections hypodermiques de morphine.

Voici sommairement ces trois observations :

Obs. I. Un lieutenant fut blessé par une balle qui lui traversa obliquement le biceps. La plaie se cicatrisa sans difficulté. Le siége de la lésion n'était nullement douloureux. Quinze jours après l'accident, lors de la première visite de M. Mason Warren, le malade souffrait tellement dans la main correspondante, qu'il prenait chaque jour 1 grain de morphine. Les vaisseaux et nerfs voisins de la blessure étaient enveloppés par une sorte de virole dure. Le membre fut enveloppé de flanelle et placé dans une gouttière de caoutchouc. Les douleurs augmentaient toujours et devenaient intolérables. Plusieurs injections sous-cutanées de morphine (1/2 grain chaque fois) pratiquées dans l'avant-bras, amenèrent un soulagement notable. Mais la douleur reparaissait sitôt que l'effet de l'injection avait cessé. Le chirurgien fit alors une incision le long du bord interne du biceps, fondit la virole dure, et isola complétement le nerf médian. La plaie réunie par première intention se cicatrisa, et les douleurs diminuèrent sensiblement. Les injections sous-cutanée furent alors reprises avec un plein succès, et six mois après, la guérison était presque absolue.

Obs. II. Un soldat avait reçu une balle qui lui avait traversé la cuisse de part en part. Comme dans le cas précédent, la plaie se cicatrisa et ne resta nullement douloureuse. Mais survint une névralgie extrêmement intense dans la plante du pied correspondant; elle résistait aux opiacés et ne cédait passagèrement qu'au contact de l'eau froide.

Les injections sous-cutanées de morphine pratiquées sur la jambe firent vite disparaître toute douleur.

Dans cette observation, M. Warren remarqua que les injections faites à distance du point blessé et même sur le membre opposé procuraient un grand soulagement.

Obs. III. Il s'agit d'un capitaine dont la partie supérieure du bras fut traversée par une balle. Des douleurs très-vives survenant sous forme de paroxysmes sur le trajet du nerf cubital, elles disparurent avec une seule injection sous-cutanée de morphine. (*The American journal of the medical sciences.*)

Nouveau mode de traitement de la syphilis; injections hypodermiques de calomel. M. le docteur A. Scarenzio, chargé de l'enseignement de la clinique syphiligraphique à l'Université de Pavie, vient de publier les résultats d'un nouveau traitement de la syphilis constitutionnelle, au moyen d'injections sous-cutanées de calomel suspendu dans un véhicule convenable (glycérine, mucilage, eau simple). Il a fait choix du calomel dans la persuasion que ce remède doit, pour être absorbé, se transformer en sublimé; il n'a pas cru pouvoir recourir directement à cette dernière substance, dans la crainte de donner lieu à une inflammation gangréneuse, qui, par suite, aurait rendu l'absorption du remède impossible. Le liquide injecté sous la peau était composé de 20 centigrammes de calomel à la vapeur, délayé dans 1 1/2 ou 2 grammes de liquide. L'opération, pratiquée à l'aide d'une seringue (Pravaz) en os on en bois, avec monture et canule d'acier, est des plus simples et s'accomplit comme toutes les injections hypodermiques. L'auteur a choisi comme lieu d'élection de l'injection, d'abord la partie interne de la jambe, puis la partie externe du bras, cette dernière n'obligeant pas les patients à un décubitus prolongé. Sur huit cas (ulcères, périostoses, douleurs ostéocopes, blennorrhée, tubercules, nécrose, eczéma, etc.), le traitement n'a échoué qu'une seule fois, dans un cas rebelle à d'autres traitements mercuriels. Dans les sept autres cas, la guérison fut prompte, stable, sans accidents concomitants ou consécutifs au traitement. M. Scarenzio ne range pas parmi ces derniers l'apparition constante d'abcès au lieu de la ponction ; ces abcès sont ouverts au moyen de la lancette, et après l'évacuation du pus, qui ne renferme aucune trace de mercure, ils guérissent rapidement. Le résultat susdit, mis en regard de l'innocuité du calomel appliqué sur les plaies et la conjonctive, confirme l'auteur dans cette conviction que l'inflammation circonscrite qui provoque la formation des abcès, est due à la transformation du calomel en sublimé. Les effets salutaires de l'injection tardent à se montrer pendant huit à quinze jours; mais dès que l'amélioration se manifeste, la guérison s'opère rapidement. Il est vrai que cette circonstance, commune aux autres méthodes de traitement mercuriel, est peut-être due aux nécessités d'une modification générale de l'économie. Dans une des observations relatées par l'auteur, il eut à combattre une salivation assez obstinée. Les plaies résultant des abcès artificiels n'ont jamais présenté l'aspect syphilitique.

Si le succès obtenu par notre confrère de Pavie est sanctionné par des essais ultérieurs, la supériorité du nouveau mode de traitement qu'il préconise ne sera contestée par personne, et ressort en toute évidence de la dose minime du médicament qui suffira pour vaincre, au prix d'un très-léger désagrément, une maladie, laquelle exige le plus souvent de la part du médecin, des soins patients et prolongés; de la part du malade, une grande docilité et des désagréments réels. (*Presse médicale.*)

Relâchement des symphyses du bassin, diagnostic et traitement. La disjonction des symphyses pelviennes, dont le *Bulletin* a plus d'une fois déjà entretenu ses lecteurs, est un accident qui n'est pas très-commun, et qui, à cause de cela même, reste assez souvent méconnu du médecin, lequel attribue à d'autres causes que la véritable les symptômes qui en dépendent. La difficulté ou l'impossibilité de la locomotion en impose pour une affection de la moelle ou plus fréquemment pour une métrite : cette dernière erreur de diagnostic surtout est d'autant plus facile que la maladie arrive consécutivement à l'accouchement, et que, en général, il existe dans ces cas des douleurs lombaires et hypogastriques et de la leucorrhée, que le toucher démontre l'existence de déchirures du col ou de granulations persistantes, et enfin que la métrite est aussi fréquente que le relâchement des symphyses est peu commun. Mais si ces circonstances

expliquent l'erreur, elles ne la rendent pas moins regrettable, car il en résulte des fautes en thérapeutique. Il y a donc lieu, pour le médecin, d'avoir toujours présente à l'esprit la possibilité de cet accident chez les femmes récemment accouchées, et de le faire entrer en ligne de compte dans les questions du diagnostic, quand une malade se plaint de douleurs dans la région du bassin et d'une difficulté ou d'une impossibilité de marcher, remontant à l'époque d'une couche. En palpant et en pressant alors au niveau des symphyses sacro-iliaques et dans la région de la symphyse des pubis, on détermine de la douleur et souvent, en ce dernier point, on peut introduire l'extrémité de l'index entre les surfaces articulaires.

Le traitement, dans ce cas, en même temps qu'il pourvoit à la guérison, a l'avantage de confirmer le diagnostic d'une manière non douteuse. Entre autres moyens, le repos, aidé de topiques astringents, de certaines eaux minérales fortifiantes, a été recommandé ; mais, d'après M. Trousseau, dont nous analysons ici une des dernières leçons cliniques, le repos peut être nécessaire, mais il est insuffisant ; il faut y ajouter des moyens de contention, c'est-à-dire un bandage constricteur qui rapproche les unes des autres les surfaces symphysaires écartées. Il peut suffire d'un appareil improvisé à l'aide d'une forte serviette solidement serrée ; mais, pour avoir un appareil solide et durable, le mieux est de faire fabriquer un bandage de fort coutil ou de peau de daim, qu'on puisse lacer à volonté, et *qui doit embrasser, non-seulement les os du bassin, mais aussi les trochanters.* Dans beaucoup de cas, dès qu'un tel bandage est appliqué, on voit immédiatement la malade, qui, tout à l'heure, ne pouvait se tenir debout, marcher avec facilité, comme le démontrent plusieurs cas que rapporte le savant professeur de la Faculté.

La guérison, dans les cas de disjonction des symphyses du bassin, est le résultat le plus ordinaire, quand le traitement est bien fait. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi : en vertu même de l'état puerpéral, l'inflammation, la suppuration, peuvent compliquer le relâchement et conduire les malades à la mort. Indépendamment d'une terminaison aussi funeste, il est clair que plus longtemps la nature du mal reste méconnue, et plus il devient difficile d'y remédier : il y a donc lieu de chercher à le reconnaître de bonne heure. (*Union méd.*, 1865, numéro 37.)

Contractures musculaires guéries par les injections sous-cutanées d'atropine. Mme B***, âgée de trente et un ans, a éprouvé depuis l'âge de onze ans des accidents hystériques qui se sont renouvelés à diverses reprises. Le chagrin qu'elle éprouva à la mort de sa mère fut le prélude des phénomènes nerveux qui se sont manifestés à cette époque.

A dix-huit ans, une deuxième attaque fut suivie d'un état léthargique qui dura trois jours et fit croire à sa mort. On se préparait à faire ses funérailles, lorsqu'elle revint à elle.

Mariée à dix-neuf ans, elle devint mère de trois enfants bien portants. Sa santé même semblait s'être rétablie, et elle n'avait ressenti qu'une atteinte assez faible, lorsque, au mois de novembre dernier, elle fut prise d'une dernière crise qui dura vingt-quatre heures, et à la suite de cette attaque elle conserva une contracture générale des membres inférieurs, qui céda le jour suivant. Seul, le pied gauche resta fortement rétracté et présente tous les symptômes d'un varus très-accusé. Il repose sur le sol par son bord externe, la face plantaire est très-concave, la malléole externe saillante, l'interne difficile à percevoir. Le tendon du jambier antérieur forme une saillie très-dure, le tendon d'Achille est également rétracté. Dans ces conditions la marche est impossible.

Pendant deux mois, tous les moyens ordinairement mis en usage contre ce genre d'accident restent sans action ; et quoique toute autre manifestation hystérique ait disparu, le pied se dévie de plus en plus et semble dans un état de subluxation.

Désespérant de pouvoir triompher de cette rétraction, le docteur Boissarie eut l'idée de mettre en usage les injections de sulfate d'atropine au niveau du point d'émergence du sciatique et vis-à-vis l'échancrure. Il injecta 12 gouttes d'une solution contenant 5 centigrammes pour 20 grammes. Une demi-heure après apparaissent les phénomènes d'intoxication, qui se prolongent toute la journée et une partie de la nuit. Nausées, constriction à la gorge, trouble de la vue. Sous cette influence, le pied, qu'aucune traction antérieure

ne pouvait ramener dans sa position normale, est facilement dévié dans tous les sens. On ne perçoit aucune tension tendineuse. Dès ce moment, la malade se croit guérie et recommence à marcher. Au bout de ce temps, les résultats obtenus se sont conservés ; mais pendant la marche, le pied tend encore à se dévier, probablement par suite de la faiblesse des muscles antagonistes.

La faradisation aurait peut-être pu triompher alors de cet état, mais constatant encore une roideur dans les muscles précédemment contracturés, on pratique à la jambe et sur le trajet du jambier antérieur deux injections de sulfate d'atropine, la première de 8 gouttes de la solution indiquée, la seconde de 4. Ces deux opérations faites à trois jours d'intervalle font disparaître les dernières traces de contracture et ramènent le pied dans sa position normale.

S'il n'est pas permis de tirer d'un seul fait une conclusion définitive, nous ne pouvons cependant nous empêcher d'apprécier les résultats obtenus. Dans ce cas, en effet, la méthode endermique a procuré un résultat vainement cherché par les autres moyens. Les injections d'atropine, tout en permettant de doser exactement l'emploi du médicament, dont l'absorption n'est plus soumise aux variations diverses que les susceptibilités individuelles créent pour l'estomac, dispensent encore cet organe des fatigues que les médications internes lui imposent fatalement ; aussi elles nous paraissent d'une application rationnelle dans toute contracture essentielle. (*Gazette des hôpitaux.*)

Du traitement des sueurs colliquatives en général, et de celle des phthisiques en particulier. L'action des substances réputées propres à supprimer les *sueurs colliquatives* est, tout le monde en a fait l'expérience, extrêmement incertaine et souvent, après en avoir parcouru la série, on reste désarmé en présence de ce symptôme qui est si pénible pour la plupart des malades. Une formule ajoutée à celles qui sont en usage n'est donc pas une superfétation ; quand toutes les ressources sont infidèles, un moyen qui réussit quelquefois n'est pas à dédaigner. C'est à ce titre uniquement que nous reproduisons la prescription suivante, recommandée notamment pour les sueurs colliquatives des phthisiques par M. Rodolfo Rodolfi, médecin en chef de l'hôpital majeur de Brescia :

Bicarbonate de soude... 0gr,50
Fleurs de soufre...... } āā 0gr,14
Sous-nitrate de bismuth. }

Mêlez.

On fait prendre un paquet ainsi composé toutes les deux heures. Lorsque cette médication est suivie avec une exactitude scrupuleuse, elle supprime ou diminue notablement, suivant M. Rodolfi, les sueurs colliquatives au bout de quatre ou cinq jours, et les phthisiques, chez lesquels on l'emploie pendant quinze à vingt jours, éprouvent presque tous une amélioration marquée ; l'expectoration est moins abondante, plus facile, etc. L'emploi de ces poudres fait presque toujours disparaître le muguet. Enfin, M. Rodolfi ne les juge contre-indiquées que chez les sujets qui ont l'estomac très-délicat et qui sont affectés de diarrhée colliquative.

Un autre moyen, recommandé par M. le docteur Robert Druitt (de Londres), consiste à faire sur les parties qui sont surtout le siége de la sueur, des lotions avec de l'eau aussi chaude qu'il est possible de la supporter. A la suite de ces lotions, pourvu que l'eau ait été employée à une température suffisamment élevée, la peau rougit vivement, en même temps qu'elle devient luisante et que la transpiration s'arrête complétement pendant quelques heures. Ce moyen n'est du reste guère appréciable que dans les cas où la transpiration morbide est localisée à quelques parties de la peau et n occupe pas toute l'étendue de la surface cutanée, et M. Druitt ne l'a trouvé efficace que dans les cas où la sueur n'est pas précédée de paroxysmes fébriles réguliers. (*Gazette hebdomadaire.*)

Modification et perfectionnement de la pince dilatatrice à trois branches. La pince dilatatrice à trois branches, imaginée en 1862 par M. le docteur Laborde [1], pour faciliter l'introduction de la canule dans l'opération de la trachéotomie et complétement adoptée depuis cette époque à l'hôpital des Enfants, présentait quelques inconvénients dus au mode de construction de l'instrument.

[1] Voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXIII, p. 348.

Dans le but d'y remédier, M. Favre vient d'apporter à cette construction les modifications suivantes :

La troisième branche (A, fig. 1 et fig. 3) ou branche surajoutée au dilatateur ordinaire, se terminant par deux extrémités bifurquées et légèrement coudées en dehors, s'adapte à coulisse au moyen de la fente qui résulte de cette bifurcation à la tête de la vis (B) qui maintient les deux autres branches; les extrémités bifurquées sont reçues dans deux petits pivots percés et mobiles (C C). Le mécanisme ordinaire ou par *pression* a servi, et possibilité d'adapter à volonté une autre branche dont le parcours plus grand permet une plus grande dilatation, comme celle qui peut être nécessitée, par exemple, chez l'adulte.

Très-solidement fixée, la troisième branche ne vacille d'aucun côté, et on n'est pas exposé à la voir se démonter après quelque temps d'usage.

Enfin, un petit renflement ménagé à l'origine des deux branches supérieures permet une dilatation égale dans tout le parcours de ces branches, et fait que la canule s'y trouvant en-

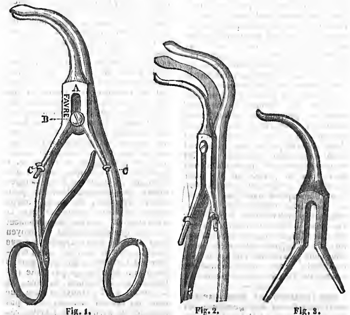


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

de la dilatation de l'instrument produit un écartement proportionnel de la troisième branche, laquelle glisse alors d'avant en arrière jusqu'au point d'arrêt constitué par l'extrémité supérieure (A) de la fente.

Il résulte de là que l'écartement des trois branches étant ainsi borné, l'opérateur est plus maître de l'instrument, et peut facilement introduire *lui-même* la canule (les mesures sont prises pour que la dilatation soit toujours suffisante).

De plus, la troisième branche se démonte et peut être instantanément remise en place, d'où grand avantage pour nettoyer l'instrument quand il gagée dès l'abord est plus sûrement conduite dans la trachée.

L'essai de l'instrument ainsi modifié fait un grand nombre de fois à l'hôpital des Enfants, a montré que le but que se proposait M. Favre était parfaitement réalisé, et que les avantages de ce nouveau dilatateur lui assuraient une prééminence incontestable.

De ce mode nouveau de construction de l'instrument, il résulte un autre avantage qui n'est pas à dédaigner : c'est la possibilité d'apporter une diminution très-sensible au prix de l'instrument. (*Académie de médecine.*)

Traitement de la hernie étranglée chez les pauvres (amongst the poor). Le docteur W. Bellingham Peebles public, dans le *Dublin medical press* (15 février 1865), un article que nous reproduisons volontiers, parce que nous avons souvent constaté des succès par des moyens non pas tout à fait pareils, mais analogues ; nous voulons dire des bains chauds et une position fléchie des cuisses sur l'abdomen, et *vice versâ*.

Dans la pratique rurale, on peut rarement se procurer un bain chaud pour réduire une hernie étranglée, et pourtant c'est un moyen trop important pour être négligé. Le chirurgien, qui dispose de si peu de temps à la campagne, désire éviter les opérations, surtout s'il n'a pas un hôpital. Rarement aussi a-t-il l'avantage d'une consultation ou d'un aide, et une grande responsabilité repose sur lui. Mais même, s'il a un bain, obtiendra-t-il une suffisante quantité d'eau chaude, et pourra-t-il empêcher, comme il conviendrait, les mouvements musculaires du malade? — Voici le moyen que le docteur Bellingham emploie pour satisfaire aux indications lorsque le taxis est insuffisant, ou dans lesquels l'inflammation le rend impossible :

Le patient est assis dans un bassin de lavage, les genoux pliés jusqu'au menton, près d'un bon feu, les épaules couvertes de vêtements de laine, les pieds et les jambes roulés de la même façon. On verse l'eau aussi chaude qu'on le peut dans le bassin, et l'on garde en provision une portion d'eau bouillante, afin de pouvoir tenir toujours au même point l'eau du bassin. Le malade est aussi tenu dans une position fixe, les muscles dans le relâchement, la partie inférieure du corps plongée dans un bassin aussi chaud qu'il peut le supporter, tandis que la partie supérieure est dans un véritable bain de vapeur.

Dans une demi-heure, quelquefois moins, il survient un grand affaiblissement : le malade laisse tomber sa tête ; sa faiblesse est si grande, qu'il est près de s'évanouir. Alors, il arrive souvent qu'en cherchant la tumeur on ne la trouve plus, ou, si elle existe encore, le moindre attouchement la fait disparaître.

Voici quels sont les avantages de ce traitement :

1. Partout on trouve le bassin nécessaire.

2. Une petite quantité d'eau suffit, et on peut la tenir assez longtemps à une haute température.

3. Il se produit une grande faiblesse musculaire, et la perte abondante de la perspiration vide le système vasculaire.

4. Les muscles sont tenus dans un relâchement continu.

5. Ce mode de traitement produit des effets analogues à ce qu'occasionnent le tartre émétique, le chloroforme, le tabac, ou la saignée.

6. Le malade peut revenir à son travail beaucoup plus tôt qu'après tous ces moyens.

7. Ce traitement dispense de manier la tumeur.

8. Il a rendu l'opération inutile dans des cas où l'aspect de la tumeur, les vomissements, le collapsus la rendaient indispensable.

9. Il laisse le chirurgien libre d'aller à d'autres soins, si le malade et ceux qui l'assistent suivent ses conseils.

10. On peut l'essayer si le chirurgien n'y peut assister.

11. Dans quelques cas de hernie inguinale, oblique, la pression de la cuisse sur l'abdomen s'exerce favorablement sur le col du sac et aide la réduction.

12. Si ce traitement échoue, ou qu'en sortant de ce bain l'accès du froid n'amène pas la réduction, il n'y a plus à hésiter, on peut opérer. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

VARIÉTÉS.

Des bruits alarmants circulaient depuis quelque temps dans le public sur une épidémie de peste qui sévissait à Saint-Pétersbourg.

Des documents officiels émanés du théâtre même de la maladie, des renseignements scientifiques qui nous sont fournis par les journaux allemands et dont on trouvera un excellent résumé dans un des derniers numéros de la *Gazette*

hebdomadaire dû à M. Charcot, nous permettent de donner à nos lecteurs des explications rassurantes :

Cette maladie n'est ni la peste, ni le choléra, ni le typhus proprement dit, ni la fièvre typhoïde, ni une fièvre intermittente pernicieuse, ni une maladie quelconque bien caractérisée. C'est une affection anormale, populaire, épidémique, sans caractères bien tranchés et sans rapports déterminés avec les affections épidémiques décrites jusqu'à ce jour. C'est une sorte de maladie infectieuse, dont la physionomie n'est pas plus tranchée que son étiologie ne paraît certaine. On s'accorde assez généralement à lui donner le nom de *fièvre récurrente*, à cause de son retour après de fausses apparences d'amélioration ou de guérison.

Cette affection, qui est sur son déclin, n'a pas eu la gravité qu'on lui a prêtée; elle n'a pas fait les ravages qu'on a dit; elle n'a pas surtout atteint et fait succomber tous ou presque tous les médecins qui se sont présentés pour la combattre; elle s'est montrée contagieuse comme la plupart des maladies épidémiques, mais surtout dans la partie de la population qui néglige les bonnes prescriptions de l'hygiène. Quant au chiffre quotidien des malades atteints, on n'en sait rien, car sur les 250 à 300 entrées dans les hôpitaux, on n'a fait jusqu'ici aucun départ au profit des autres maladies concomitantes.

Jusqu'ici, aucune méthode de traitement n'a prévalu. La méthode évacuante et tonique a paru seule produire quelque soulagement.

Par décret en date du 19 avril 1865 ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Liandon, médecin-major de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Aze, chirurgien de première classe de la marine; Watrin, vétérinaire en premier.

Par décret en date du 15 avril 1865, M. le docteur Edouard Meyer a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

M. Bergeron a été nommé membre de l'Académie de médecine (section d'hygiène).

M. le docteur Foltz, professeur adjoint pour la chaire d'anatomie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur d'anatomie et physiologie à ladite Ecole, en remplacement de M. le docteur Richard, décédé.

M. le docteur Chauvin, professeur suppléant pour la chaire d'anatomie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur adjoint pour la même chaire, en remplacement de M. le docteur Foltz, appelé à d'autres fonctions.

Trois de nos plus honorables confrères de province viennent de succomber : M. Bouchard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Saumur, M. Chevillion, président de la Société des médecins de l'arrondissement de Vitry-le-Français et M. Voillemier, médecin en chef de l'hôpital de Senlis, président de l'Association médicale de cet arrondissement.

Nous avons aussi à annoncer la mort de M. Valenciennes, membre de l'Institut, professeur au muséum et à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de la gravelle urique.

Par M. le docteur Max. Durand-Fardel, secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy.

Il ne sera question dans ce travail que de la gravelle *urique*, à laquelle se rattache, chimiquement et physiologiquement, la gravelle *oxalique*, c'est-à-dire la gravelle dite *acide*, la seule à laquelle il faille reconnaître un caractère diathésique.

Le caractère pathogénique le plus immédiat que nous puissions attribuer à cette affection diathésique, est le défaut de combustion ou d'assimilation des principes azotés ou albuminoïdes introduits dans l'économie. Je me borne à énoncer cette proposition, n'ayant l'intention que de déterminer nettement l'ordre de faits auquel s'applique cette étude de thérapeutique appliquée.

Indications. — La seule indication curative dans la gravelle urique est celle-ci : prévenir la formation des graviers en rétablissant l'assimilation des principes albuminoïdes ou azotés. C'est une indication qu'on peut appeler essentiellement pathogénique. Mais nous ignorons quel est le caractère immédiat de l'anomalie qui préside au défaut de combustion de ces principes. Nous ne pouvons donc y opposer d'agents curatifs directs ; et nous les connaîtrions, que notre intervention n'en serait peut-être pas plus immédiate elle-même.

Cependant, nous ne sommes pas tout à fait dépourvus de toute action salutaire dans le sens curatif. L'anomalie dont il est question n'a pas une durée nécessairement indéfinie. Non-seulement les manifestations de la gravelle peuvent être assez distantes pour que l'on puisse supposer que l'anomalie elle-même s'était suspendue, mais elles peuvent avoir une durée absolument limitée. Et si l'on peut n'avoir été graveleux que pendant une époque déterminée de son existence, il est naturel de penser que l'art peut venir efficacement en aide à l'action spontanée de l'organisme, qui nous fournit des exemples de guérison de la gravelle *ipso facto*.

En effet, nous parvenons, dans la plupart des cas, à modifier dans un sens favorable, ou à amoindrir l'anomalie qui constitue la gravelle ; nous parvenons souvent à la réduire à sa plus simple expression ; nous parvenons, enfin, quelquefois à la guérir radicalement. Ce dernier cas est assez rare : d'abord, parce qu'un des ca-

ractères propres à ces sortes d'anomalies est de persister à un degré quelconque, sous une forme ou sous une autre; ensuite, parce qu'elles dépendent le plus souvent des habitudes ou du milieu où l'on vit, et qu'il est ordinairement impossible de les changer d'une manière absolue.

Nous ne possédons aucun agent médicamenteux spécial à opposer à la gravelle. Nous n'arrivons à exercer une action profonde et effective, dans le sens curatif, sur cette maladie, que par l'hygiène et les eaux minérales. Mais les eaux minérales le mieux appropriées ne paraissent pas agir comme une médication directe. Elles agissent plutôt dans un sens que l'on peut rapprocher de celui des pratiques hygiéniques elles-mêmes. Il est vrai que l'on a attribué à certaines eaux minérales une sorte de spécificité chimique vis-à-vis la gravelle; mais je ne pense pas que cette prétention soit fondée.

On a cherché de tout temps les moyens de dissoudre les concrétions urinaires existant dans l'économie, soit dans les reins, soit dans la vessie. C'est surtout en vue des calculs que ces tentatives ont été poursuivies. Mais ce qui eût pu se réaliser pour les calculs eût été, à plus forte raison, applicable à la gravelle, puisque la gravelle ne représente, après tout, que des calculs infiniment réduits.

C'est dans les préparations alcalines que l'on a cru depuis longtemps avoir trouvé les éléments les plus rationnels de cette dissolution. Les médicaments dits *lithontriptiques* avaient pour base les carbonates alcalins, de potasse, de soude, de chaux, de magnésie, ou les matières qui en sont composées ; ainsi, les coquilles d'huître ou les coquilles d'œuf. Un remède célèbre au siècle dernier, le remède de M[lle] Stevens, n'avait pas une autre composition. Plus récemment, on s'est adressé aux eaux minérales dites *alcalines*, c'est-à-dire à prédominance bicarbonatée sodique. M. Petit a soutenu, il y a une trentaine d'années, dans de nombreux écrits, les propriétés dissolvantes ou lithontriptiques des eaux de Vichy, ce qui comportait, par suite, les eaux minérales de composition analogue. Cette question a donné lieu à des discussions académiques qu'il serait inutile de reproduire ici. Il est, en effet, permis de la considérer comme une question jugée, au moins pour ce qui concerne les calculs; et personne, je le pense du moins, ne croit aujourd'hui à la dissolution des calculs urinaires par les eaux de Vichy.

Mais il n'en est peut-être pas tout à fait de même au sujet de la gravelle. Soit irréflexion, soit en vertu d'idées peu correctes touchant ce que nous pouvons appeler la physiologie thérapeutique,

beaucoup de médecins paraissent croire encore que les préparations alcalines exercent sur la gravelle (urique) une action dissolvante, et que les eaux de Vichy, en particulier, représentent à son sujet une médication réellement dissolvante.

Je dois faire remarquer d'abord qu'une médication dissolvante ne serait, en définitive, aucunement curative dans la gravelle. En effet, comme la gravelle a pour caractère essentiel de se reproduire indéfiniment, on comprend que le problème thérapeutique ne saurait consister à dissoudre les graviers formés, mais bien à en prévenir la formation. En admettant que l'on puisse, au moyen de certains principes introduits dans la circulation, convertir l'urine en un menstrue chimique propre à dissoudre les concrétions qu'elle renferme, ce qui me paraît irréalisable, il faudrait que cette modification de l'urine pût demeurer permanente, afin de détruire les concrétions à mesure de leur formation; car l'action dissolvante exercée sur les graviers actuels ne saurait se faire sentir sur ceux qui se produiraient ultérieurement; et ce ne serait donc toujours qu'une médication palliative au plus haut point.

Quelle idée pouvons-nous donc nous faire d'une médication réellement curative de la gravelle?

L'observation nous a appris que dans les anomalies de l'assimilation qui constituent la diathèse urique (goutte, gravelle), la diathèse glycosurique (diabète); la diathèse graisseuse (obésité), un des meilleurs moyens de ramener l'assimilation à ses conditions normales, est d'activer l'hématose pulmonaire, l'hématose cutanée, la circulation sanguine, où s'opèrent les transformations organiques, et les sécrétions en général, ou, en d'autres termes, d'élever au plus haut degré d'activité physiologique l'ensemble des fonctions organiques qui se relient aux phénomènes chimiques qui président à l'accomplissement des métamorphoses.

Sans doute, on n'arrive pas toujours ainsi à corriger d'une manière absolue l'anomalie qui caractérise les diathèses qui viennent d'être mentionnées. Mais on peut être assuré que telle est la direction la plus salutaire et qui permet d'approcher le plus de la solution du problème, c'est-à-dire de la guérison. Or, il paraît très-présumable au moins que les eaux minérales appropriées, telles que celles de Vichy, n'agissent pas autrement, et que leur action, en pareil cas, n'est pas une action chimique spéciale et immédiate sur les produits de l'anomalie, mais une action médiate qui s'exerce dans le sens du rétablissement de l'assimilation des principes contenus dans le milieu sanguin. Quant à la définition de cette action

elle-même, elle touche à des problèmes de chimie physiologique encore à l'étude, et dont la solution n'a rien à modifier dans les résultats cliniques.

Il faut ajouter à ce premier point de l'indication curative dans le traitement de ces anomalies de l'assimilation, un second, qui consiste à réduire, autant que possible, mais dans une mesure déterminée, l'introduction des principes dont l'assimilation se fait d'une manière anormale, albuminoïdes dans la diathèse urique, sucrés dans la diathèse glycosurique, gras dans la diathèse graisseuse, ou de leurs équivalents.

Tels sont les principes qui doivent présider aux indications curatives de la gravelle. Je me suis un peu étendu sur ce sujet, parce qu'il a besoin d'être nettement défini, et que les principes que je viens d'exposer trouvent sur bien d'autres sujets encore d'importantes applications.

Aux indications relatives au traitement curatif de la gravelle s'ajoutent les indications relatives à son traitement palliatif. Celles-ci peuvent se résumer ainsi : 1° favoriser l'évacuation des concrétions; 2° combattre les accidents déterminés par leur présence. Il y aura lieu d'étudier spécialement le traitement de la colique néphrétique.

Traitement. — L'exposé du traitement curatif de la gravelle ne comporte que deux sujets : 1° l'hygiène; 2° les eaux minérales.

Hygiène. — La direction de l'hygiène salutaire aux graveleux comprend le *régime alimentaire* et l'*exercice.*

L'expression chimique du régime dans la gravelle est la suivante : réduction dans la proportion des principes albuminoïdes introduits.

Il y a longtemps que empiriquement le régime animalisé avait été défendu aux graveleux, mais ce n'est que de nos jours que les raisons de cette prohibition ont été définies chimiquement. Magendie assure que vingt-cinq à trente jours de diète végétale suffisent presque toujours pour amener la guérison de la gravelle [1]. M. Civiale a recommandé aussi un régime sévère, non plus d'après un ordre d'idées chimique, mais dans le but de diminuer l'inflammation, qui, pour lui, est la cause la plus prochaine de la gravelle. Ferrus dit également avoir vu guérir, ou du moins soulager un grand nombre de graveleux par la seule abstinence des viandes et du vin, « et probablement, ajoute-t-il, que chez tous, on n'avait

---

(1) Magendie, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. GRAVELLE, p. 44.

point également reconnu l'acide urique, ce qui nous fait affirmer que cette méthode de traitement convient dans tous les cas [1]. » Cette dernière assertion est tout à fait inexacte : le régime des individus affectés de gravelle phosphatique doit être, au moins dans la plupart des cas, tout à fait opposé à celui que nous exposons en ce moment.

Il est certain que dans la gravelle urique le régime doit être sévère : une grande sobriété, un usage très-modéré des viandes noires, la suppression des viandes très-animalisées, comme le gibier et surtout le gibier faisandé, des viandes fumées, des aliments de haut goût, des condiments épicés, de l'oseille, un usage très-modéré du vin, la substitution des vins de Bordeaux, des vins blancs en particulier, et surtout des vins blancs légers de la Moselle, du Rhin, ou du centre de la France, aux vins de Bourgogne et du Midi, une abstinence complète des alcooliques, relative de la bière, du café et du thé, un usage très-large des légumes verts et surtout des fruits rouges ; telle doit être la base de ce régime.

J'ai dit un usage modéré, mais point une abstinence complète des viandes noires et du vin. Il est vrai qu'il y a des individus chez qui les manifestations de la gravelle sont très en rapport avec un régime succulent ; il en est aussi chez qui un régime exclusivement végétal et de viandes blanches et l'abstinence de toutes boissons fermentées écartent complétement ces manifestations et amènent même la guérison, comme ont pu le voir Magendie et Ferrus. Mais il en est beaucoup d'autres chez qui ce régime ne produit que des résultats très-incomplets, et ne peut même être suivi avec quelque rigueur sans inconvénients. J'ai vu un assez grand nombre de personnes qu'un régime exclusivement blanc et végétal, avec privation complète du vin, affaiblissait à un haut point et rendait dyspeptiques sans profit apparent pour la gravelle elle-même.

La direction salutaire du régime, telle que je viens de l'exposer, est très-nettement tracée. Mais elle doit être soumise à beaucoup de réserves. Il y a des gens qui ont absolument besoin d'un régime substantiel par suite de leur propre constitution ; d'autres parce qu'ils dépensent beaucoup, soit physiquement, soit même intellectuellement. Il faut tenir compte des habitudes diététiques antérieures, et savoir que leur changement brusque et absolu, s'il peut

(1) Ferrus, *Dictionnaire de médecine*, 2e édit., t. XIV, p. 263.

offrir de grandes ressources, peut avoir aussi de sérieux inconvénients. Enfin, c'est toujours une faute de se laisser guider par des principes chimiques absolus, et de risquer d'altérer la santé d'une manière générale, dans le but de la modifier d'une manière particulière. Cela peut entraîner des conséquences fâcheuses, en particulier chez les sujets affectés de maladies chroniques des reins et de la vessie.

Un point qui ne doit jamais être négligé, c'est d'écarter du régime toute les substances stimulantes. Ceci n'a pas seulement pour objet, comme le veut M. Civiale, de corriger l'irritation des organes urinaires, mais surtout d'éviter l'excitation générale du système, et en particulier du système nerveux, dont l'influence sur les manifestations graveleuses est des plus évidentes.

Un sujet non moins important que le régime diététique, c'est l'hygiène générale, en particulier pour ce qui concerne l'exercice.

L'exercice musculaire fournit le moyen le mieux assuré d'activer l'hématose pulmonaire, les fonctions de la peau et de l'intestin, et enfin l'accomplissement des phénomènes intimes de l'assimilation. C'est là le point capital de l'hygiène des graveleux. Il y a l'exercice actif que l'on effectue par les habitudes de la vie, la marche, la chasse, l'équitation, les travaux manuels, et l'exercice méthodique que procurent la gymnastique et ses divers procédés. Je ne saurais trop recommander, sous ce rapport, la gymnastique de chambre, qui est à la portée de tous les âges comme de toutes les obligations de la vie, et qui permet, si l'on s'y soumet avec régularité, de mesurer l'exercice, de le doser en quelque sorte.

Il faut remarquer encore que l'exercice, comme le régime alimentaire, fournit surtout des résultats thérapeutiques prononcés, lorsqu'il vient apporter un changement considérable aux habitudes antérieures. On a peine à se figurer l'influence curative qu'exerce la substitution d'un régime, non pas exagéré, mais simplement sobre et régulier, à des habitudes d'excès et de succulence, de même qu'un exercice actif à un genre de vie absolument sédentaire. Il y a donc un parti très-grand à tirer de ces éléments de l'hygiène. Seulement il faut y recourir avec discernement et sans aucune formule préconçue, les adapter à chacun en raison de ses habitudes antérieures, des nécessités de la vie actuelle, ou des caractères généraux de sa constitution.

Eaux minérales. — Le traitement thermal curatif de la gravelle (urique) est représenté par les eaux bicarbonatées sodiques fran-

chement minéralisées [1]. Vichy en est le type, et les eaux minérales d'une composition rapprochée, Vals, le Boulou, Vic-sur-Cère, Vic-le-Comte, Ems, sont certainement efficaces dans le même sens. Si je parle ici à peu près exclusivement de Vichy, c'est que c'est là que le traitement de la gravelle a été surtout étudié, et que ces eaux représentent certainement une médication très-appropriée à cette maladie. Carlsbad est très-usité en pareil cas, comme pour toutes les applications de Vichy. Ces eaux, outre leur qualité bicarbonatée sodique, sont purgatives (sulfatées magnésiques et sodiques), ce qui rend leur administration plus difficile et leur emploi plus complexe, mieux approprié peut-être dans quelques cas déterminés, mais certainement moins bien applicable dans la généralité des cas de gravelle.

Les effets ordinaires des eaux de Vichy sont les suivants. Lorsque l'urine est habituellement sédimenteuse, colorant ou incrustant les parois des vases, on la voit en général perdre très-rapidement ces caractères ; mais si la maladie est caractérisée par l'issue, à intervalles, de graviers plus ou moins gros ou de sables purs, il arrive souvent que le traitement provoque de semblables éliminations, à des époques différentes de sa durée, quelquefois après sa terminaison. Les douleurs rénales disparaissent le plus souvent ; au moins subissent-elles une grande diminution. Les manifestations graveleuses se réduisent, dans des proportions diverses, mais considérables, et l'on peut à peine appeler une maladie quelques apparences passagères de sable, sans douleurs, sans dérangement appréciable de la santé, et presque toujours provoquées par des écarts de régime ou par des circonstances fortuites [2].

En résumé, l'on peut établir que la combinaison d'un régime approprié, d'un exercice suffisant, enfin d'un ensemble de conditions hygiéniques salutaires, et du traitement thermal de Vichy avec l'emploi simultané et opportun des bains, des douches et de l'eau en boisson, amène la guérison de la gravelle lorsqu'elle est possible, et réduit la maladie, dans l'immense majorité des cas, à des manifestations sans importance, du moins quant à leur rapport avec la santé générale.

Je n'ai pas mentionné ici les eaux de Contrexéville. Nous ver-

---

[1] Durand-Fardel, *Traité thérapeutique des eaux minérales*, 2e édit., 1862, p. 633.

[2] Durand-Fardel, Le Bret et Lefort, *Dictionnaire général des eaux minérales*, 1860, t. II, art. Gravelle.

rons plus loin la part importante qu'il faut leur faire dans le traitement de la gravelle. Mais il me paraît impossible, en raison de leur constitution chimique, de l'usage qu'on en fait, et enfin en présence des résultats cliniques, il me paraît impossible de leur attribuer une action curative dans la gravelle urique. Telle était l'opinion de Patissier : « L'eau de Contrexéville, disait-il, est tellement amie de l'estomac, que ses hôtes peuvent impunément en boire 10 litres dans une matinée. Par conséquent, la spécialité antilithique de cette eau dépend uniquement de la quantité de liquide qui traverse, dans un temps donné, les voies urinaires, dont il opère en quelque sorte le lessivage. Cette action physique explique parfaitement l'expulsion assez prompte des graviers, et la disparition de la phlogose chronique qui peut exister dans les reins et dans la vessie. L'eau de Contrexéville n'agit donc pas chimiquement sur la gravelle, qu'elle ne dissout pas, mais qu'elle expulse en augmentant la faculté contractile de la vessie. Ainsi se trouve désormais résolue l'importante question relative à la valeur des vertus lithontriptiques départies aux eaux de Contrexéville [1]. »

On remarquera que, pour Patissier, l'idée d'action dissolvante était corrélative de l'idée de guérison de la gravelle, ce qui n'est certainement pas exact. Ce qui vient d'être dit n'empêche pas que l'on ne puisse observer quelquefois, après l'usage des eaux de Contrexéville, des résultats aussi favorables en apparence qu'après celui des eaux de Vichy, c'est-à-dire la réduction de la gravelle à des manifestations légères et à peu près dépourvues d'inconvénient pour la santé. Mais on voit trop souvent de semblables résultats succéder à un simple changement de régime pour qu'il y ait lieu de s'étonner si on les observe à la suite d'un traitement qui s'adresse très-directement aux manifestations de la maladie, bien qu'à peu près exclusivement à elles seules.

Là se borne ce que j'ai à dire du traitement curatif de la gravelle à l'état simple et considérée en elle-même.

Mais la gravelle donne lieu à des accidents douloureux. Les graviers s'accumulent ou s'arrêtent dans les voies urinaires. Des phénomènes inflammatoires se développent sous l'influence de leur séjour ou de leur passage trop réitéré soit dans les reins, soit dans la vessie. Il y a donc ici un traitement symptomatique à faire. Ce traitement symptomatique sera en même temps un traitement pal-

---

(1) Patissier, *Rapport sur le service médical des établissements thermaux*, in *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, 1854.

liatif de la gravelle, car en même temps qu'il servira à combattre certaines conséquences fâcheuses de la gravelle, il tendra à amoindrir et à écarter ses propres manifestations. Je commencerai par exposer le traitement de la colique néphrétique.

Colique néphrétique. — Dans la colique néphrétique, les symptômes paraissent se rattacher à l'issue difficile d'un ou de plusieurs graviers du rein. Mais il ne faut pas seulement considérer l'action mécanique, traumatique en quelque sorte, du gravier lui-même. Il y a, dans la colique néphrétique, un autre élément, soit congestif ou inflammatoire, soit névralgique, qui prend une part manifeste à l'accident douloureux; de là des indications particulières.

La colique néphrétique est souvent de courte durée; elle se dissipe d'elle-même au bout de deux ou trois heures, ou en moins de temps. Il convient toujours d'en faciliter la solution par quelques moyens sédatifs : applications chaudes sur la région rénale, cataplasmes, administration d'eau distillée de fleurs d'oranger ou de sirop d'éther, ou de quelques gouttes de laudanum; quelques frictions douces sur la région rénale, si elles sont supportées : voilà tout ce qu'il y a à faire.

Mais dans les crises violentes ou de longue durée, une intervention plus active est commandée. Il n'arrive pas toujours, il s'en faut bien, qu'on en obtienne une suspension manifeste des accidents douloureux. Mais on peut admettre qu'on abrége, en définitive, la durée de la crise, et surtout qu'on prévient certains désordres qui pourraient en résulter dans le rein lui-même. Beaucoup de pyélites reconnaissent certainement pour point de départ des coliques néphrétiques négligées ou mal soignées.

On commencera toujours par des applications chaudes, cataplasmes ou chaleur sèche; c'est là ce qui peut soulager le plus immédiatement. On emploiera ensuite les liniments narcotiques, le laudanum pur. Les applications réitérées de chloroforme, sur la région rénale postérieure surtout, sont quelquefois très-efficaces; elles ont seulement l'inconvénient d'entamer l'épiderme et de déterminer des phlyctènes. Les bains tièdes prolongés sont un puissant moyen de sédation; mais quand les douleurs sont excessives, les malades ne supportent pas toujours la position qu'ils exigent et ne peuvent y demeurer. Il est important de débarrasser l'intestin des matières qu'il renferme à l'aide de lavements.

Nous verrons plus loin que l'usage de boissons aqueuses abondantes est un excellent moyen de débarrasser le rein des graviers

qu'il renferme; mais il ne faut pas songer à leur emploi dans la colique néphrétique, où les nausées et les vomissements qui l'accompagnent presque constamment ne permettent de garder aucun liquide dans l'estomac. Tout au plus parviendra-t-on à faire tolérer quelques cuillerées de préparations opiacées et éthérées ou chloroformées. On pourra employer alors les lavements laudanisés. On parvient quelquefois à arrêter les vomissements ou les nausées en prenant de la glace en petits morceaux.

Cet ensemble de moyens, applications extérieures chaudes, ou narcotiques ou chloroformées; grands bains prolongés, narcotiques, éther ou chloroforme à l'intérieur, sera employé dans toutes les coliques néphrétiques avec des succès divers. Il est un autre ordre de moyens dont l'indication est plus particulière : je veux parler des émissions sanguines.

Le pouls ne saurait guère servir de guide à ce sujet; il est presque toujours abaissé et rapetissé, comme dans toutes les grandes douleurs abdominales, même congestives ou inflammatoires. L'habitude générale sera plutôt consultée. Il est des sujets pâles, délicats, nerveux, chez qui il ne faut pas songer aux émissions sanguines. Chez les sujets forts, vigoureux, sanguins, doués d'embonpoint, on sera beaucoup plus porté à y recourir. Quelquefois, alors, il y aura avantage à pratiquer de bonne heure une saignée. Mais c'est surtout de l'état local que l'indication des émissions sanguines me paraît dépendre.

Lorsque la douleur n'est pas seulement limitée au rein, mais qu'elle se répand dans toute la région lombaire ou abdominale du côté affecté; lorsqu'il y a une sensation, non-seulement de déchirure, mais de plénitude et de tension; lorsque la pression est douloureuse dans une grande étendue et que la région abdominale offre une tension générale, il ne faut pas hésiter à prescrire une émission sanguine locale, sangsues, ou, mieux, ventouses scarifiées, en arrière ou en avant, suivant le sens où domine la douleur. J'ai vu assez souvent des crises douloureuses manifestement enrayées ainsi. Mais lors même qu'un résultat immédiat n'en est pas obtenu, je ne doute pas que le dégorgement opéré dans la région rénale ne soit favorable à la solution même plus éloignée de la crise et ne soit propre à prévenir des conséquences ultérieures de nature plus grave. En un mot, je considère ces émissions sanguines locales comme indiquées dans la plupart des coliques néphrétiques intenses et de longue durée, soit en vue des accidents actuels, soit en vue des accidents futurs; et je crois que l'on aura plus souvent à

regretter de s'en être dispensé que de les avoir employées, même sans avantage immédiat bien manifeste.

Douleurs rénales. — Ici je comprends et les douleurs rénales habituelles que l'on observe souvent dans la gravelle, et la disposition au retour des coliques néphrétiques, et enfin les cas, moins simples, où les douleurs persistantes et les urines troubles annoncent un certain degré d'inflammation ou de catarrhe vers le rein. Au point de vue de l'indication, il n'y a là que des degrés de plus ou de moins.

On a beaucoup conseillé l'usage des diurétiques dans la gravelle; mais je crois que ce n'est là qu'une vue théorique assez difficile à justifier. Les diurétiques n'ont rien à faire avec les conditions qui président à l'existence de la gravelle elle-même, et je doute qu'il y ait avantage à développer par leur usage l'activité fonctionnelle du rein.

J'en dirai autant des boissons aqueuses opposées à la gravelle elle-même et considérées au point de vue curatif. Mais celles-ci répondent à des indications symptomatiques très-précises. Ainsi, lorsque le rein paraît le siége constant ou habituel de gravelles qui le traversent difficilement, qui y séjournent, y déterminent des douleurs habituelles et des coliques néphrétiques réitérées, produisent des urines sanglantes, troubles ou épaisses, l'usage de boissons abondantes, aussi simples et inertes que possible, d'eau pure même, est alors traditionnel et en réalité plus efficace que toute espèce de préparations médicamenteuses. C'est alors que les eaux de Contrexéville, transportées s'il le faut, mais surtout prises sur place, sont tout à fait indiquées. Je ne prétends pas que les eaux de Contrexéville agissent précisément alors comme des boissons inertes; mais je veux dire qu'elles se prêtent parfaitement et très-spécialement à cette indication. Les eaux minérales bicarbonatées et notablement minéralisées, et Vichy en particulier, sont contre-indiquées alors. Il faut insister sur ce sujet, qui n'est pas assez connu de la généralité des médecins.

Lorsque l'on veut agir sur la diathèse, c'est-à-dire sur la gravelle elle-même, rien de plus efficace que Vichy ou ses analogues. Mais pour que ces eaux minérales soient parfaitement applicables, il convient que la gravelle se présente dans le plus grand état de simplicité possible. L'existence de coliques néphrétiques passagères ou éloignées, quelque violentes qu'elles puissent être, ne fait que confirmer l'indication de ces eaux minérales.

Mais s'il existe des douleurs actuelles avec exacerbations faciles,

si les coliques néphrétiques sont fréquentes, faciles à reparaître, avec urines souvent sanglantes et troubles, alors plus ces phénomènes sont prononcés, plus l'indication de Vichy s'écarte pour faire place à celle de Contrexéville ; le mot indication est pris, surtout ici, dans le sens d'appropriation. En effet, l'indication de Vichy demeure au fond ; mais ces eaux sont mal applicables dans de pareilles circonstances et risquent d'exaspérer les symptômes locaux. Au contraire, rien n'est plus propre que Contrexéville à déterger les reins, à les débarrasser des graviers qu'ils recèlent, à corriger l'état catarrhal. L'affection diathésique n'est pas corrigée, il est vrai ; mais il faut en pareil cas aller au plus pressé. La meilleure marche est alors de recourir d'abord aux eaux de Contrexéville, et lorsqu'elles ont réussi à corriger l'état rénal, de s'adresser ensuite à celles de Vichy pour combattre l'état diathésique. Mais la marche inverse est souvent suivie. On commence par les eaux de Vichy ; on n'en obtient qu'une exaspération de l'état rénal, et c'est alors seulement qu'on a l'idée de prescrire celles de Contrexéville.

Telle est la part qu'il convient de faire à chacune de ces médications. Leur emploi successif ne doit pas être d'ailleurs immédiat, et ces sortes de traitements sont nécessairement de longue durée [1].

J'ai dû faire, spécialement à Vichy et à Contrexéville, l'application de cette étude des indications et des contre-indications des eaux minérales dans les diverses conditions où la gravelle se présente à nous. Mais il est encore d'autres eaux minérales qui peuvent être mieux applicables que Vichy et les bicarbonatées sodiques fortes au traitement des gravelles douloureuses ou catarrhales, ainsi Pougues et Evian.

Les eaux sulfureuses dégénérées des Pyrénées-Orientales, la Preste, Molitg, certaines sources d'Olette [2] sont encore d'une application très-salutaire dans les cas de ce genre. Elles représentent une médication toute spéciale et très-intéressante, mais sur laquelle nous ne possédons encore que peu de documents.

---

(1) Si les eaux de Vichy sont contre-indiquées dans la pyélite calculeuse, elles réussissent au contraire très-bien, en général, dans la pyélite catarrhale simple.

(2) Ferran, *De l'emploi des eaux de la Preste dans les maladies des voies urinaires et l'affection calculeuse*, thèse de Montpellier, 1850, p. 32. — Puig, 3e série d'*Observations médicales sur les eaux d'Olette*, 1854, p. 62.

Nouveau mode d'administrer le sulfate de quinine dans les affections périodiques.

Par M. le docteur S. Augé, de Reuilly (Indre).

Faut-il administrer le quinquina avant, pendant ou après l'accès? Telle est la question posée dès 1640 par les médecins qui ont employé l'écorce péruvienne, alors introduite et vantée en Europe par la vice-reine, comtesse d'El-Chinchon, qui, par cette écorce, avait été guérie d'une fièvre intermittente rebelle, pendant son séjour au Pérou.

Les jésuites de Rome, qui suivaient la méthode des jésuites de Lima, administraient le quinquina immédiatement avant l'accès et en une seule dose.

Torti le donna pendant l'accès, mais au début; voyant qu'il était vomi, il adopta alors la méthode des jésuites. (Méthode italienne, romaine ou de Torti.)

Sydenham vit qu'au début de l'accès le quinquina était vomi, alors il le fit prendre immédiatement après l'accès et à doses fractionnées. (Méthode anglaise ou de Sydenham.)

Bretonneau expérimenta comparativement ces divers modes d'administration et se rangea pleinement à l'opinion de Sydenham, en la modifiant un peu. Il formula le précepte suivant, qui, aujourd'hui, est devenu une loi: « Administrez le quinquina le plus loin possible de l'accès à venir. » (Méthode française ou de Bretonneau.)

Depuis cette époque, les praticiens, en France, ont toujours suivi la loi dictée par le célèbre médecin de Tours.

Aujourd'hui, dans la pratique, le quinquina en poudre est généralement abandonné, et presque tous les médecins donnent la préférence à un de ses alcaloïdes, le sulfate de quinine, dont nous allons nous occuper ici.

De nos jours le sulfate de quinine est soumis exactement à la même loi que le quinquina. Et il n'est pas un praticien qui ne le donne autrement que immédiatement après l'accès.

C'est ainsi que je l'ai administré moi-même à beaucoup de fiévreux, et souvent j'ai complétement échoué; c'est-à-dire que le sulfate de quinine, continué durant plusieurs jours de suite, empêchait les accès pendant huit ou quinze jours, et la fièvre reparaissait.

J'avais vu le même fait se produire, en 1860, chez les ouvriers

employés à construire la nouvelle voûte du canal Saint-Martin, à Paris.

Je ne pouvais attribuer cet échec à la falsification du sulfate de quinine, celui des hôpitaux de Paris étant irréprochable. Quant à celui employé par mes fiévreux de province, il était pris dans peut-être dix ou douze pharmacies différentes ; il aurait donc fallu admettre que ce médicament était falsifié dans toutes ces officines ?

Du reste, j'ai vu des fiévreux dont la maladie durait depuis plusieurs mois et chez lesquels mes confrères n'avaient pas été plus heureux que moi.

Je devais donc chercher l'explication de ces nombreux échecs. J'en vins à suspecter la vérité de la loi de Bretonneau et à me demander sur quoi reposait ce précepte tout à fait empirique. Evidemment sur rien de sérieux ! Tout simplement sur l'observation de tolérance. On a vu que le sulfate de quinine était vomi avant et pendant l'accès (chose facile à prévoir) et que, au contraire, il était bien toléré après ; alors on l'a administré après le paroxysme, sans en chercher plus long.

En fait de thérapeutique, il faut, autant que possible, sortir de l'empirisme et se rendre compte de l'action des médicaments.

Partant de ce principe, qui doit toujours nous guider dans le sentier ardu de la thérapeutique, j'ai cherché à m'éclairer sur la question qui nous occupe. Voici la pensée qui m'est venue. Avant de donner le sulfate de quinine, nos prédécesseurs auraient dû se poser cette question : Combien de temps après l'ingestion du sulfate de quinine se manifeste son maximum d'action ?

Selon nous, toute la thérapeutique des fièvres est là ; car cette question étant résolue, nous administrerons le sulfate de quinine de façon que son action *maxima* se manifeste juste au moment où l'accès apparaîtra ; et nous avons pensé que de cette manière la fièvre devrait être mieux attaquée et modifiée.

L'idée émise, je me rappelai avoir entendu professer par un de nos maîtres de l'Ecole de Paris, que ce maximum d'action était de huit à neuf heures après l'ingestion du médicament.

Armé de la principale donnée du problème, je me promis d'enfreindre, à la première occasion, le précepte de Bretonneau et de donner le sulfate de quinine de façon que son maximum d'action coïncidât avec le début de l'accès.

L'occasion ne se fit pas longtemps attendre. Je rencontrai plu-

sieurs fièvres intermittentes quotidiennes, tierces, datant de huit ou quinze jours ; je les soumis à la médication suivante :

Sulfate de quinine.............................. 1gr,50
En quinze paquets.

Prendre trois paquets par jour, pendant cinq jours.

Le 1er paquet, neuf heures avant la fièvre ; le 2e paquet, sept heures avant la fièvre ; le 3e paquet, cinq heures.

La fièvre disparut sans récidive.

Je désirais trouver un de ces cas rebelles, afin de le soumettre à l'expérience. Le hasard me servit à merveille.

Obs. I. A la fin d'août 1863, j'allais visiter un malade à trois lieues de chez moi, lorsque je fus mandé dans la même bourgade chez un homme de trente-six ans, atteint de fièvre intermittente quotidienne.

Ce malade, d'une constitution robuste, travaillait à l'extraction d'un minerai de fer dans de vastes galeries souterraines. Il me raconte qu'il avait les fièvres quotidiennes depuis dix mois et que, depuis cette époque, il n'avait pu travailler. L'accès commençait à sept heures du matin. Cet homme avait consulté plusieurs médecins, et leur médication avait toujours échoué. J'ordonnai le sulfate de quinine, comme je viens de l'indiquer ; le malade refusa de suivre mon traitement, en disant que depuis dix mois il avait pris pour 46 francs de quinine (c'est-à-dire 23 grammes) et que celui-ci ne lui ferait pas plus d'effet. Je lui fis comprendre que je mélangeais le quinine avec un autre médicament ; alors il accepta.

Je lui fis l'ordonnance suivante :

Pr. Sulfate de quinine.............................. 1gr,50
Racine de colombo pulv.......................... 1 gramme.

Mêlez et divisez en quinze paquets, à prendre trois par jour. Comme la fièvre arrivait tous les matins vers sept heures, le 1er paquet devait être pris à dix heures du soir ; le 2e, à minuit ; le 3e, à deux heures du matin.

Deux jours après, je revins dans le village, mon fiévreux vint à ma rencontre et m'annonça la réussite complète de ma médication. Je craignais la récidive, et je l'engageai à prendre bien exactement le reste de ses paquets, à cesser pendant huit jours et recommencer encore un traitement de cinq jours.

Je l'ai revu plusieurs fois, et il m'a affirmé n'avoir plus eu de fièvre.

Ce fait m'encouragea, mais ne me suffisait pas pour me convaincre, lorsque, quelque temps après, le cas suivant s'offrit à mon observation.

Obs. II. M. X***, âgé de cinquante-deux ans, constitution forte, atteint de fièvre quotidienne depuis un an, cachectique, est arrivé à un degré de faiblesse et de maigreur qui désole sa famille. Il a pris beaucoup de sulfate de quinine, quinine brute, quinquina en poudre, électuaire au quinquina, pilules, extrait de quinquina, vin au quinium, vin de quinquina, solution de Boudin, etc. : aucune amélioration.

Je conseille le sulfate de quinine selon ma méthode; la fièvre disparaît, le malade a continué après s'être reposé quelques jours; deux séries de cinq jours ont suffi. La fièvre n'a pas reparu, l'embonpoint est revenu peu à peu; aujourd'hui M. X*** jouit d'une excellente santé; je le vois souvent.

Obs. III. Au mois de novembre 1863, un journalier, âgé de vingt-trois ans, constitution très-médiocre, vint me consulter pour des fièvres intermittentes quotidiennes dont il était atteint depuis quinze mois. Il a pris pour 36 francs de sulfate de quinine. Je lui conseille le sulfate de quinine selon ma méthode. Guérison. Il n'a pris que quinze paquets en cinq jours. Il est revenu me voir pour une névralgie sciatique dont il souffre de temps en temps; mais la fièvre n'a pas reparu.

Obs. IV. Mlle X***, seize ans, bonne constitution, avait les fièvres tierces depuis six mois; le sulfate de quinine avait échoué. Je lui conseille de le prendre suivant ma méthode. Guérison. Je l'ai revue plusieurs fois, la guérison s'est bien maintenue.

Je pourrais multiplier les exemples de guérison. Mais ces observations abrégées suffisent pour fixer l'attention de mes confrères.

Ayant réussi à guérir les fièvres intermittentes rebelles, il était tout naturel d'appliquer cette méthode au traitement des névralgies intermittentes.

Obs. V. Au mois de septembre 1863, M. X***, trente-quatre ans, constitution forte, est atteint d'une névralgie trifaciale depuis huit jours. Les douleurs commencent au lever du soleil, elles sont très-aiguës jusqu'à cinq ou six heures du soir et disparaissent. La maladie a paru pour la première fois il y a quatre ans et cessait au bout de quelques jours.

Depuis huit jours les douleurs n'ont pu être calmées. Je donne la prescription suivante :

Pr. Sulfate de quinine......................	1gr,50
Acétate de morphine....................	8 cent.

Faites quinze pilules, à prendre trois par jour.

Les douleurs commencent à quatre heures du matin environ, alors je donne la première pilule à sept heures du soir ; la deuxième à neuf heures ; la troisième à onze heures. Le lendemain, douleurs légères. Au bout de trois jours, guérison. Vers le mois de mai 1864, M. X*** a été repris de sa névralgie. La même médication a encore très-bien réussi.

J'aurais d'autres cas semblables à citer, mais j'abrége et je passe rapidement sur les fièvres rémittentes continues, que l'on peut traiter de la même manière.

J'arrive à la fièvre typhoïde se révélant sous des formes rémittente ou paroxysmale.

Dans le soixante-sixième volume du *Bulletin général de Thérapeutique* (p. 193), M. le docteur Mazade (d'Anduze) a fait paraître un excellent article sur l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde. Notre distingué confrère donne le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme par jour, lorsque la fièvre typhoïde offre des rémissions ou des paroxysmes réguliers.

Nous renvoyons nos lecteurs au travail du docteur Mazade ; nous donnerons seulement ses conclusions, qui sont les suivantes :

« 1° Cette médication est incontestablement efficace dans les circonstances où la fièvre typhoïde se révèle sous une forme rémittente ;

« 2° Elle est le plus souvent justifiée par le succès, lorsque des exacerbations plus ou moins régulières, mais rapprochées dans leur retour, se déclarent dans le cours de la maladie ;

« 3° Elle est rarement utile et le plus souvent nuisible dans la fièvre typhoïde continue. »

Nous ne saurions poser des indications plus précises et plus vraies, dont nous avons reconnu la vérité depuis plusieurs années.

Notre confrère donne le matin 1 gramme de sulfate de quinine à doses fractionnées, et pendant six ou sept jours.

Nous avons obtenu d'excellents résultats en administrant, selon notre méthode, trois paquets de sulfate de quinine par jour, pendant six ou sept jours ; les paquets étant de 0gr,10 chacun.

Chez presque tous nos malades l'exacerbation arrivait vers le

soir ou pendant la nuit. Alors nous donnions le premier paquet neuf heures avant le paroxysme; le deuxième, sept heures; le troisième, cinq heures.

Nous ne citerons pas nos longues observations recueillies sur ce sujet, les étroites limites de cette courte communication ne nous le permettent pas.

Cette méthode d'administrer le sulfate de quinine est évidemment rationnelle et présente de grands avantages.

D'abord il y a économie, parce que nous donnons les médications à petites doses, et qu'il n'en est que mieux supporté.

Ensuite nous ferons remarquer que, par cette méthode, nous empêchons un accident très-fréquent, qui effraye beaucoup les malades; nous voulons parler de l'intoxication quinique.

Il y a un seul désagrément, c'est que souvent l'heure d'administrer le médicament se trouve être pendant la nuit; mais cet inconvénient passe inaperçu quand il s'agit de guérir une fièvre intermittente ou surtout une atroce névralgie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement de la coxalgie.

Par M. le docteur Tillaux, chirurgien des hôpitaux.

A la suite d'une importante communication de M. Verneuil, la Société de chirurgie a jugé à propos de discuter deux points essentiels de la *coxalgie* : le diagnostic et le traitement.

Pour être fidèle aux principes du *Bulletin de Thérapeutique,* nous allons exposer avec le plus de discernement possible tout ce qui a été dit d'utile à propos du traitement de cette grave, difficile et rebelle maladie.

Un des orateurs, M. Bouvier, a apporté à la discussion ce qu'il avait puisé dans sa longue expérience et son immense érudition ; c'est autour de son discours que nous allons grouper ce qu'il nous paraît essentiel de faire connaître aux praticiens.

Le traitement de la coxalgie présente trois indications à remplir :

1° Combattre l'état général, souvent déplorable, du sujet;

2° Combattre l'état local;

3° Conserver ou rendre au membre son attitude normale, ou presque normale.

De ces trois indications, la dernière surtout a été l'objet d'une étude approfondie. Un mot, néanmoins, sur les deux premières.

1° *Combattre l'état général.* — Nous sommes tout à fait de l'avis de M. Verneuil, à savoir, que la plupart des coxalgies se développent sous l'influence d'une mauvaise constitution; qu'elles sont scrofuleuses. Celles qui succèdent à une violence extérieure, les coxalgies *traumatiques*, n'apparaissent le plus souvent que sur un terrain propice à leur évolution. Il est donc tout à fait indispensable de modifier, autant qu'il est en soi, la constitution du sujet; du reste, tous les chirurgiens sont d'accord à cet égard. Les préparations sodées, le quinquina, l'huile de foie de morue, une alimentation substantielle, le séjour à la campagne, un exercice aussi grand que possible, les bains sulfureux, salés, les stations thermales ou maritimes, seront conseillés. C'est pendant des années qu'il faut prolonger ce traitement; il sera varié suivant les autres indications qu'il convient de remplir en même temps.

2° *Combattre l'état local.* — C'est-à-dire opposer au développement des lésions articulaires un traitement local, tel que sangsues, ventouses scarifiées, cautères, etc. Tous les orateurs ont été unanimes pour considérer cette conduite comme au moins inutile et parfois nuisible, sauf dans quelques cas déterminés et fort restreints. Plus tard, s'il survient des abcès intra ou périarticulaires, faut-il donner issue au pus? Faut-il attendre l'ouverture spontanée? Comment doit-on traiter les trajets fistuleux? Autant de questions importantes qui n'ont été abordées qu'accidentellement dans cette discussion et dont nous n'entretiendrons par conséquent pas le lecteur.

3° *Conserver ou rendre au membre son attitude normale ou presque normale.* — La marche de la coxalgie est aujourd'hui bien connue. Elle débute par de la douleur ou de la claudication; puis surviennent des déviations multiples considérables, dont la conséquence est parfois (très-rarement) une luxation spontanée, mais toujours une grande difformité, dans les cas mêmes où le chirurgien est assez heureux pour obtenir la guérison.

Donc, deux grandes indications; faire disparaître ou diminuer la douleur, qui parfois est horrible, et prévenir ou corriger les déviations.

Tous les chirurgiens français pensent aujourd'hui que ce qu'il faut d'abord obtenir, c'est une immobilité absolue de la jointure dans l'extension, ou dans une légère flexion et abduction; ils ont pour but, en ce faisant, de supprimer la douleur et de prévenir les

déviations. Cela paraissait un fait bien acquis à la pratique et reposant sur de nombreuses observations. M. Le Fort a exposé dans son discours que telle n'était pas l'opinion des chirurgiens de l'Amérique et a essayé de démontrer leur supériorité à cet égard.

L'immobilité simple, ou avec nos appareils, a-t-il dit, ne prévient pas toujours la douleur. Elle force les malades à garder un repos funeste pour leur santé générale et favorise l'ankylose lorsque survient la guérison. La douleur a pour cause la pression considérable que subissent l'une contre l'autre les surfaces articulaires. Détruisez cette pression, vous verrez alors la douleur disparaître ; vous pourrez permettre au malade de mouvoir sa jointure et de se mouvoir lui-même en totalité ; vous éviterez ainsi les inconvénients signalés.

M. Le Fort, dont je viens de rapporter, non les paroles, mais seulement la pensée, a ensuite fait connaître les appareils américains, ceux de M. Sayre en particulier, dont le résultat est de faire disparaître la pression articulaire. Ces appareils, on le pressent, ont pour but d'établir l'extension et la contre-extension sur le membre, comme Boyer et Desault l'avaient proposé pour les fractures du fémur, avec cette différence, qu'ils peuvent permettre la déambulation.

Bien que l'idée ne soit pas nouvelle, puisque M. Velpeau la professe depuis vingt ans à la Charité, il faut dire, cependant, que c'est la première fois qu'elle fait son apparition dans une société savante, et qu'il faut savoir gré à M. Le Fort de l'avoir introduite. Mais est-elle exacte? Nous croyons volontiers que la douleur peut être produite ou augmentée par la pression des surfaces osseuses, bien qu'on ne puisse invoquer la même raison pour l'épaule, où l'arthrite détermine cependant de vives douleurs ; mais est-il exact que l'immobilité seule ne suffise pas à calmer la douleur ? Non, car nous avons trop souvent vu le contraire. Est-il vrai que les appareils américains remplissent l'indication qu'on leur demande ? M. Bouvier ne le croit pas ; il ne voit là qu'une modification des appareils à extension continue de Desault et de Boyer, que *la jeune Amérique a empruntés à la vieille Europe, comme tant d'autres choses.* Il les considère comme impuissants à produire l'écartement des surfaces articulaires. Les faits nous manquent, en France, pour nous prononcer formellement. C'est un point à étudier. Il n'y a, toutefois, aucun inconvénient à employer ces appareils, si nos moyens ordinaires viennent à échouer.

Ainsi, ces jours derniers, M. Verneuil me disait que, sur un

malade qu'il traite actuellement en ville, l'immobilité dans la gouttière de Bonnet n'avait pas suffi pour faire disparaître la douleur, et que celle-ci avait cédé tout de suite à une extension et contre-extension légères. Il faut donc remercier M. Le Fort de nous avoir appris ou rappelé cette indication, qui peut trouver son utilité dans des cas que nous croyons rares.

Nos appareils français forcent, dit-on encore, les malades à garder un repos funeste pour leur santé générale; car les coxalgiques sont condamnés au décubitus horizontal, tandis que l'exercice en plein air leur serait si avantageux. C'est là, nous en convenons, un cercle vicieux. Il y a deux indications à remplir en même temps : maintenir les surfaces articulaires immobiles et permettre les mouvements. Eh bien ! je crois, avec la plupart des chirurgiens français, qu'il faut s'occuper d'abord de la plus pressante de ces indications, et je doute fort que les appareils américains puissent dispenser le chirurgien de prescrire au malade un repos absolu au début de la coxalgie, à la première période; c'est, du moins, en opposition avec ce qui est enseigné et pratiqué en France, et les faits bien observés pourront seuls nous convaincre que nous avons tort d'en agir ainsi.

Laissons donc de côté la méthode et les appareils américains et exposons le traitement mécanique de la coxalgie tel que l'ont formulé les différents orateurs qui ont pris part à la discussion.

M. Bouvier a distingué cinq cas pouvant donner lieu, dans le cours d'une coxalgie, à des indications différentes :

1° La coxalgie débute. Il n'y a pas encore d'attitude vicieuse fixe;

2° Il existe une attitude vicieuse fixe; mais le redressement est facile;

3° Même attitude vicieuse; le redressement est difficile;

4° Il existe une attitude vicieuse en même temps que des abcès et des trajets fistuleux;

5° La coxalgie est ancienne; la guérison s'est opérée avec une déviation considérable.

Examinons successivement ce qu'il convient de faire dans chacun de ces cas.

1° *La coxalgie débute; il n'y a pas encore d'attitude vicieuse fixe.* — M. Bouvier conseille alors le repos dans le décubitus horizontal, sans appareil contentif. Il fixe tout au plus l'une à l'autre les deux jambes séparées par un coussin, de façon que le membre sain serve d'attelle au membre malade. Ces moyens peuvent être

suffisants ; mais comme il importe de prévenir la déviation qui survient presque fatalement, nous n'hésiterions pas, même au début, à placer le malade dans une gouttière de Bonnet ou sur un des appareils qu'a décrits M. Marjolin. Ce dernier chirurgien a insisté avec beaucoup de raison sur la nécessité du repos horizontal au début de la coxalgie, persuadé qu'on en peut ainsi souvent enrayer la marche progressive. C'est à cette période que quelques antiphlogistiques locaux trouvent parfois leur application.

2° *Il existe une attitude vicieuse fixe ; mais le redressement est facile.* — Le chirurgien appelé auprès d'un malade atteint de coxalgie avec attitude vicieuse, doit s'occuper immédiatement de corriger cette attitude, en plaçant le membre dans l'extension, ou mieux, dans une légère demi-flexion ; car, nous l'avons déjà dit, c'est en même temps le meilleur moyen de supprimer la douleur et de prévenir l'ankylose angulaire consécutive. Faut-il, dans ce cas, employer le redressement lent, graduel, en plusieurs séances si c'est nécessaire, avec les mains ou à l'aide des appareils inamovibles, mais toujours sans chloroforme ? C'est là l'opinion et la pratique de M. Bouvier. Considérant le chloroforme comme un agent oujours dangereux, il le proscrit formellement et sévèrement même, quand son emploi n'est pas indispensable. M. Verneuil, au contraire, considère le redressement lent et graduel comme un procédé insuffisant et infidèle. Nous dirions volontiers qu'il y a un peu d'exagération de part et d'autre. M. Bouvier redoute peut-être à l'excès l'usage du chloroforme ; car, comme le lui a fait remarquer M. Giraldès, le sommeil anesthésique présente beaucoup moins d'inconvénient chez l'enfant que chez l'adulte ; d'un autre côté, il est évident qu'on peut obtenir de bons et assez rapides résultats à l'aide du redressement graduel, et nous ne saurions trouver mauvais qu'un chirurgien qui n'a pas, comme les chirurgiens des hôpitaux de Paris, l'habitude journalière du chloroforme, y soumette d'abord son malade. Voici, à mon avis, la règle qu'il est prudent et sage de suivre alors : Après avoir préalablement fait fixer par un aide le bassin d'une manière convenable, essayer de porter le membre dans l'extension par une traction modérée sur la jambe et une douce pression sur le genou : ces tentatives répétées plusieurs fois, doucement, progressivement, et dans la même séance, produisent parfois le résultat désiré. Ce résultat, sans être complet, peut être notable ; le membre est fixé dans cette position par des moyens appropriés, et la même manœuvre est répétée le lendemain ou le surlendemain, jusqu'au redressement complet. Mais

on conçoit que ce procédé peut être long et qu'il est toujours douloureux, parfois insupportable. Aussi, sans le rejeter complétement, ce n'est pas ainsi, pour notre compte, que nous agirions et que nous avons agi plusieurs fois; nous nous sommes tracé à cet égard une ligne de conduite fixe. Essayer d'abord le redressement avec les mains seules, sans chloroforme; s'il n'est pas obtenu *complétement* après plusieurs tentatives; si la douleur, trop violente, exige que le traitement soit remis à un autre jour; alors, sans plus tarder, séance tenante, administrer le chloroforme, redresser doucement et appliquer un appareil inamovible.

Un point nouveau, relatif au traitement de la coxalgie, a été soulevé dans le cas où il existe de vives douleurs avec attitude vicieuse, et lorsque le chirurgien suppose que les accidents sont dus à un épanchement intra-articulaire: c'est la ponction de la capsule. Nous manquons tout à fait d'expérience et de faits à cet égard en France. Voici ce qu'en a dit M. Bouvier :

« Un autre procédé américain, la ponction de l'articulation, dont M. Verneuil a dit un mot, mérite d'être mentionné avec quelque détail. M. Bauer, de Brooklyn, dans un mémoire publié en 1859, dit cette opération indiquée lorsqu'un épanchement abondant donne lieu à de vives douleurs et à une attitude très-défectueuse. Il assure qu'aussitôt après l'évacuation du liquide, le membre peut être aisément porté dans tous les sens. Il s'est servi, pour cette ponction, tantôt d'un ténotome pointu, tantôt d'un petit trocart; mais il préfère ce dernier instrument. On l'enfonce obliquement dans le point où la fluctuation est le plus sensible; c'est ordinairement à un peu moins d'un pouce au-dessus et en arrière du grand trochanter. M. Bauer a pratiqué cette opération une cinquantaine de fois; il lui associe la myotomie quand les muscles sont contracturés.

« M. Sayre conseille aussi la ponction de l'articulation; mais il n'en dit qu'un mot et ne paraît pas l'avoir pratiquée. M. Barwell en parle plus longuement et confirme les avantages de cette pratique.

« Que devons-nous en penser? A défaut d'observations personnelles, le plus sage, je crois, est de suspendre son jugement et de se livrer à de nouvelles recherches sur ce point. »

M. Le Fort a ajouté :

« Quant aux ponctions de l'article, je dois dire que les relevés statistiques ne déposent pas en faveur de leur emploi. »

3° *Il existe une attitude vicieuse; le redressement est difficile.* — Il n'y a pas à hésiter dans ce cas, tout le monde est d'accord :

pratiquer le redressement pendant le sommeil anesthésique; ne pas craindre d'imprimer à la jointure quelques mouvements violents; rompre les adhérences, s'il y en avait déjà de formées; placer le membre dans un appareil inamovible.

Cette importante question des appareils inamovibles a été longuement discutée par plusieurs des orateurs.

Deux choses intéressent le praticien au plus haut point:

1° Quel appareil convient-il d'employer?

2° Combien de temps doit-on le laisser en place?

Il existe trois genres principaux d'appareils: la gouttière de Bonnet, le bandage inamovible et la machine dite de Mathieu. Il est évident qu'il serait absurde d'employer systématiquement l'un ou l'autre, et que tous peuvent trouver, en temps et lieu, une très-utile application. Nous allons nous efforcer d'être bref pour être plus clair et formuler en quelque sorte les règles qui nous paraissent les meilleures.

Un sujet est atteint de coxalgie à la première période. Il y a une vive douleur; pas de déviation, ou une déviation facilement corrigée. Dans ces cas, la gouttière de Bonnet est excellente; elle produit l'immobilité, supprime la douleur, prévient l'attitude vicieuse. Malheureusement, elle coûte cher; c'est pour cela que M. Marjolin emploie, à l'hôpital Sainte-Eugénie, un appareil moins dispendieux, construit d'après les mêmes indications.

La coxalgie dure depuis plusieurs mois; le chirurgien a dû opérer un redressement assez violent à l'aide du chloroforme. Que faut-il faire ensuite? Prévenir le retour d'une inflammation aiguë avec ses vives douleurs et la reproduction de l'attitude vicieuse. La gouttière de Bonnet est impuissante à produire une immobilité suffisante; on aura recours de préférence au bandage inamovible plâtré, dextriné, amidonné, perméable, ou mieux, imperméable.

Enfin, les accidents aigus sont passés. Il ne s'est pas fait de déviation, ou bien le redressement a été obtenu; le chirurgien juge à propos de conseiller à son malade la marche et un peu d'exercice, en même temps que de légers mouvements articulaires pour prévenir l'ankylose; on se servira alors de la machine de Mathieu, ou de toute autre machine remplissant le même but.

Voici les conditions que M. Verneuil demande à un bandage, d'une manière générale :

Pour se généraliser dans la pratique, un appareil à coxalgie doit réaliser plusieurs conditions, secondaires à la vérité, mais cependant fort importantes encore :

1° Il faut que peu de jours après l'opération, l'exercice au grand air et le transport d'un lieu à un autre soient possibles, lorsque la maladie a déjà duré plusieurs semaines ou plusieurs mois, qu'elle confine au lit les patients et surtout les petits enfants lymphatiques et scrofuleux. Après la cessation des douleurs, rien n'est plus favorable à la guérison que le changement de milieu, ou du moins la déambulation. Ce changement amène quelquefois dans la santé générale de l'enfant des modifications promptes et surprenantes. D'un autre côté, si on entreprend le redressement dans les cas anciens non douloureux et n'interdisant point l'exercice, rien n'est plus fâcheux que de condamner brusquement les petits malades à un repos prolongé.

2° Il faut pouvoir à son gré prolonger l'immobilité pendant des mois entiers, quelquefois une année ou deux; aussi longtemps, en un mot, que la récidive est à craindre.

3° Quand on suppose la guérison obtenue, il est nécessaire de procéder prudemment à des essais de marche véritable, je veux dire par là qu'il faut peu à peu confier au membre malade une partie du poids du corps, pour s'assurer qu'après la suppression de l'appareil, l'articulation, naguère malade, pourra servir à la marche.

4° Comme le redressement et l'immobilisation d'une hanche malade constituent parfois une véritable opération d'urgence, il faut pouvoir se procurer promptement et en tout lieu l'appareil contentif.

5° Enfin, il ne faut pas oublier que la coxalgie sévit particulièrement sur la classe indigente; aussi la considération du prix de revient des appareils doit-elle entrer dans la balance.

Le praticien est souvent fort embarrassé quand il s'agit de retirer l'appareil. Il est dangereux de l'enlever trop tôt, il est dangereux de l'enlever trop tard. Y a-t-il quelque règle un peu précise à cet égard? Non, malheureusement. Le chirurgien doit en référer alors à son inspiration ou plutôt à son jugement. Lorsque, après quelques semaines, toute douleur locale a disparu, on peut, comme le conseille M. Verneuil, procéder prudemment à des essais de marche avec le bandage inamovible et des béquilles, confier peu à peu au membre malade une partie du poids du corps; c'est aussi ce que faisait Bonnet. M. Bouvier ne permet aux malades les premiers essais de marche qu'après trois à cinq mois de repos; mais il autorise pendant ce temps quelques mouvements dans le lit. Il y a là évidemment une grande difficulté pratique qu'on ne pourra vaincre qu'à l'aide du tâtonnement, car le traitement de la coxalgie est su-

bordonné à la marche, à l'intensité des symptômes et varie comme elles.

4° *Il existe une attitude vicieuse, en même temps que des abcès et des trajets fistuleux.* — MM. Verneuil et Bouvier ont recommandé une grande réserve dans les manœuvres du redressement, si la coxalgie est compliquée de luxation complète, de fistules, d'abcès. M. Bouvier s'abstient du redressement brusque, il emploie seulement pour arrêter la déviation des bandages aussi simples et aussi doux que possible. Il reconnaît cependant que si la douleur était extrêmement vive, comme dans un cas qu'il a observé, il faudrait endormir le malade, lui redresser son membre et le placer dans une gouttière Bonnet; moyen presque infaillible pour produire un énorme soulagement.

5° *La coxalgie est ancienne, la guérison a été obtenue avec une déviation considérable.* — Ce cas particulier n'a pas été longuement discuté par la société, et cependant il méritait de l'être. Avant que Bonnet, de Lyon, publiât ses admirables observations, tous les chirurgiens abandonnaient à leur triste sort les pauvres coxalgiques guéris avec des déviations effroyables, telle que la flexion angulaire de la cuisse sur le bassin, par exemple, ou une abduction extrême. Ces malheureux constituaient inévitablement une série d'êtres difformes, presque mis en dehors de la société; qu'on veuille bien remarquer que la coxalgie sévit sur l'enfance et la jeunesse, et l'on comprendra quel immense service Bonnet a rendu à la science et à l'humanité, en osant attaquer des difformités excessives par des opérations d'une violence inouïe, qui nécessitaient de la part du chirurgien une foi robuste.

Manœuvrer le membre dans tous les sens avec une extrême brutalité, briser les adhérences, couper les muscles, les aponévroses rétractés par les sections sous-cutanées, frotter rudement les surfaces articulaires les unes contre les autres pour détruire l'ankylose, telle était la conduite de Bonnet. Je n'ose pas dire qu'il faille l'imiter complétement, qu'il n'ait été un peu loin; mais il nous a montré largement la route qu'il faut suivre.

M. Verneuil a formulé de la manière suivante la conduite qu'il tient dans les cas dont nous parlons :

Dans les coxalgies aiguës ou récentes, quand les déviations tiennent surtout à la contracture, on rectifie en général assez vite et sans trop d'effort l'attitude vicieuse; mais s'il existe des adhérences intra-articulaires ou des rétractions ligamenteuses ou musculaires, la chose est beaucoup moins facile. On corrige assez aisé-

ment une partie de la difformité, mais la résistance semble ensuite tout à fait insurmontable. Que faut-il faire? Redoubler d'efforts, appliquer des forces plus puissantes que celles de la main, ou des appareils capables de continuer lentement l'action commencée, pratiquer la ténotomie, ou enfin se contenter pour cette fois de l'amélioration réalisée? C'est le dernier parti que j'adopte. Je craindrais, en doublant la violence, d'occasionner des dégâts dans les parties molles et de fracturer les os, car malgré ce que j'ai dit plus haut de cet accident et de son innocuité relative, je crois qu'il faut l'éviter autant que possible. Je consentirais volontiers à employer les machines à extension, si celles-ci étaient moins chères, plus faciles à supporter nuit et jour, et autrement construites que celles dont nous disposons actuellement. La ténotomie rendrait évidemment des services et elle en a déjà rendu dans des cas analogues; il est facile de comprendre son utilité quand l'obstacle au redressement semble résider dans les adducteurs, le droit antérieur, le tenseur du *fascia lata*, dont le corps fait sous la peau une saillie inflexible. Cependant, sans proscrire les sections musculaires, je n'y ai pas encore eu recours.

Ainsi donc, je m'en tiens au degré de redressement obtenu sans trop de violence, et j'applique l'appareil inamovible, remettant à une séance ultérieure le complément de l'opération. Plus d'une fois, en enlevant six semaines ou deux mois plus tard le bandage, on trouve les muscles et sans doute aussi les obstacles intra ou péri-articulaires, beaucoup moins résistants, et l'on arrive à rectifier entièrement l'attitude vicieuse.

Dans ces cas anciens, qu'il est inutile de décrire, car ils sont connus de tous, la préoccupation constante est de ne point réveiller l'arthrite ou l'ostéite. C'est pourquoi 1° je m'empresse d'immobiliser la jointure avec l'appareil, quelque incomplet que soit l'effet obtenu; 2° je fais des séances courtes et énergiques, plutôt que frotter longtemps les surfaces articulaires l'une contre l'autre, comme le faisait Bonnet avec le concours de ses aides; 3° je me contente de corriger les attitudes les plus incommodes, c'est-à-dire l'adduction et l'abduction exagérées, puis la flexion extrême; 4° je m'arrête quand le membre est sensiblement parallèle à l'axe du corps, fût-il même notablement raccourci; 5° reconnaissant volontiers des bornes à la puissance de l'art, je ne m'acharne pas à obtenir, quand même et au prix de dangers réels, un rétablissement de la forme normale, qui n'implique nullement d'ailleurs celui de la fonction, préférant toujours rester en deçà que passer

au delà des limites de la prudence. Aussi ai-je rendu à plusieurs de mes malades l'usage de leur membre, comme support, mais sans détruire toute difformité ; 6° enfin quand le redressement exige deux séances ou plus, je les pratique à de longs intervalles, deux mois pour le moins. Wilhem Busch, avec une loyauté qui l'honore, attribue la perte d'un de ses malades à une seconde tentative faite trop près de la première. (*Arch. de Langenbeck*, t. IV, p. 87, 1863.)

Oui, le chirurgien doit tout faire pour corriger les déviations anciennes qui causent de choquantes difformités et rendent la vie insupportable. On est étonné du peu de réaction locale et générale dont sont le plus souvent suivies ces manœuvres. Pour mon compte, je n'hésiterais pas un instant, même au prix de dangers sérieux, à me faire pratiquer et par conséquent à pratiquer sur les autres une opération qui aurait pour but de me replacer dans les conditions d'une existence normale.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur la noix de kola.

La noix de kola est la semence du *cola acuminata* (sterculiacées). Dans le centre et l'ouest de l'Afrique, elle est très-recherchée des indigènes, et même des Européens établis depuis longtemps dans ces contrées, qui lui attribuent beaucoup de propriétés, les unes trop extraordinaires pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter, les autres plus facilement acceptables. A l'état frais, elle est entourée d'une pulpe astringente et amère que l'on mâche pour en avaler le jus, en rejetant la partie solide. On conçoit qu'il soit possible, après cette mastication, de boire avec moins de répugnance les eaux souvent impures de ces contrées, mais, de plus, elle relève, dit-on, les forces et éloigne le sommeil. M. Daniell, qui, dans une récente communication faite à la Société pharmaceutique de la Grande-Bretagne, a rassemblé tous les faits concernant la noix de kola, en a éprouvé les effets sur lui-même. Il l'a, en outre, employée avec succès pour combattre une diarrhée atonique qui sévissait au fort Christianbourg, sur la côte de l'Or. M. Daniell a été ainsi conduit à supposer que la noix de kola pourrait bien renfermer de la caféine (ou théine), et l'expérience lui a donné raison. Après avoir

réussi à l'extraire en quantité appréciable, il a prié M. Attfield de poursuivre cette étude, mettant à sa disposition une certaine quantité de noix qui malheureusement étaient desséchées, et il est à craindre qu'elles ne s'altèrent profondément en séchant, du moins les nègres l'estiment-ils fort peu lorsqu'elle est dans cet état. Elle ressemble alors au café, dont elle diffère en ce qu'elle ne contient pas de tannin; on y trouve peu de matière grasse, beaucoup d'amidon et une huile essentielle dont l'odeur rappelle celle de la myrrhe. La théine, dit le professeur Bentley, a été trouvée jusqu'ici dans cinq espèces de plantes, appartenant à autant d'ordres différents, le cola acuminata (sterculiacées), le thé (ternstrœmiacées), le café (cinchonacées), le thé du Paraguay (aquifoliacées) et le paullinia sorbilis (sapindacées); de plus, un alcaloïde analogue (la théobromine) a été extrait du theobroma cacao (byttnériacées). Il est fort remarquable que les principaux breuvages non fermentés en usage dans les différentes parties du globe se préparent avec des substances contenant des alcaloïdes identiques ou analogues.

Séparation de l'atropine et de la quinine.

Du valérianate de quinine s'étant trouvé, on ne sait comment, mélangé d'atropine, avait produit, chez deux personnes habitant Alger, des symptômes d'empoisonnement dont les caractères n'avaient pas été méconnus par les médecins qui avaient prescrit le valérianate. Chargé d'examiner ce sel dont une faible quantité (1/2 gramme seulement) lui avait été remise, M. Commaille, pharmacien aide-major à l'hôpital du Dey, a réussi à séparer les deux alcaloïdes en opérant de la manière suivante : A la dissolution du valérianate de quinine impur dans de l'eau acidulée par de l'acide tartrique, on a ajouté peu à peu du bicarbonate de soude pulvérisé jusqu'à cessation de l'effervescence. Le liquide aqueux a été agité avec de l'éther. L'éther, séparé et évaporé, a laissé un résidu amorphe qui a été dissous dans l'alcool concentré. La liqueur alcoolique, mélangée d'eau distillée, a laissé précipiter presque toute la quinine, tandis que l'atropine restait en dissolution. Le liquide, évaporé spontanément, d'abord à l'air libre, puis sous une cloche au-dessus de l'acide sulfurique, a abandonné un vernis résinoïde, et l'atropine sous la forme d'aiguilles blanches, nacrées, qui, recueillies à l'aide d'une flèche de papier humecté et portées sur la conjonctive, ont produit une dilatation pupillaire énorme et persistante. De plus,

leur dissolution aqueuse précipitait en rouge brique par l'eau iodée.

Un poison domestique.

Lorsqu'on réfléchit au nombre des substances dangereuses répandues autour de nous, on a lieu de s'étonner que les empoisonnements accidentels ne soient pas plus fréquents, et de penser qu'un certain nombre doit passer inaperçu, soit à cause du peu de gravité des symptômes, soit parce qu'ils sont confondus avec ceux de quelque affection gastro-intestinale ou nerveuse. Il serait inutile de signaler une fois de plus les inconvénients que présente l'emploi, heureusement restreint par la mode, des cartes de visite glacées à la céruse, si l'on ne pouvait en même temps annoncer que, par suite des progrès de l'industrie, il est possible aujourd'hui de leur substituer d'autres cartes tout à fait inoffensives et d'un aspect identique. On sait que les cartes anciennes étaient recouvertes d'un enduit épais et fort peu adhérent de carbonate de plomb. Elles ont fort souvent produit des accidents graves chez des enfants qui ne manquaient pas de les porter à leur bouche lorsqu'on les leur abandonnait. Au carbonate de plomb on a réussi à substituer l'oxyde de zinc, dont l'ingestion n'offre aucun inconvénient. Les cartes à enduit de zinc sont dès à présent très-répandues. Il est très-facile de les distinguer des cartes plombifères en ce qu'elles ne noircissent pas lorsqu'on les touche avec une goutte de dissolution sulfureuse. Am. Vée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation de pneumonie suivie de variole anomale; — état très-grave du malade; — excellents effets de la médication alcoolique.

Par le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de marine.

L'emploi des alcooliques dans des maladies qui avaient paru jusqu'ici les contre-indiquer formellement tend à s'introduire dans la pratique médicale en France, et les effets que l'on en a constatés dès les premières applications sont si probants, qu'on peut déjà prédire, avec confiance, que cette médication obtiendra bientôt, dans notre pays, la faveur dont elle jouit depuis quelques années chez nos voisins d'outre-Manche et qu'elle donnera en médecine les heureux résultats qu'on lui a reconnus en chirurgie.

Voilà encore un progrès, entre mille, qui signale certainement

le moment de la disparition définitive des derniers préjugés de la célèbre *doctrine physiologique*. En effet, non-seulement la pneumonie, le rhumatisme, la péricardite, etc., etc., ne commandent plus les saignées à outrance, la diète absolue, mais encore voici que les excitants, les toniques, les réparateurs les plus incontestés sont présentés sous un jour favorable, et cela non par des théoriciens nébuleux, amis des hypothèses plus ou moins admissibles, mais par des hommes dont la valeur pratique est le premier titre. Bien plus, on constate que des substances qu'on eût appelé incendiaires il y a quelque vingt ans : le vin, l'alcool, font plus de bien dans certaines maladies qu'on n'en a dit de mal aux plus beaux temps de Broussais, et il suffit de jeter un coup d'œil sur les travaux de M. le professeur Monneret, de M. F. Bricheteau (*Journal des Conn. méd.-chir.*, 1862; *Gaz. des hôp.* du 5 avril 1865); sur ceux de M. le professeur Béhier (*Conférences de clinique médicale de la Pitié*, *Bulletin général de Thérapeutique* du 28 février dernier), pour avoir une idée des heureux résultats qu'on en peut espérer.

Les faits de ces médecins venant à l'appui de ce que les praticiens anglais ont déjà fait connaître dans cet ordre d'idées, depuis l'ouvrage de Todd (*Clinical lectures on certain acut diseases*, Londres, 1860), m'ont enhardi à donner, en certaines circonstances, les alcooliques *largâ manu*, et dans un cas, si grave que je ne pourrai jamais en dépeindre tout le danger, j'ai dû à ces alcooliques d'obtenir un succès que plus d'un appellerait peut-être une résurrection.

Voici ce fait, dont le simple récit montrera mieux que de longues considérations, et la grande gravité et l'heureux effet obtenu. Je le donne sans commentaires, renvoyant pour ce qui a trait aux idées de synthèse et de doctrine aux travaux de M. le professeur Béhier.

Chauvin (Joseph), âgé de trente-six ans, commis aux vivres de la marine, homme rachitique, usé par maintes maladies graves : pneumonie, bronchites, rhumatismes articulaires, syphilis, coliques sèches, etc., etc.; de vie sobre, se soignant bien, est obligé de rester de longs moments dans un lieu contaminé par la variole à un si haut point, que les jours précédents deux hommes y ont déjà été atteints successivement (¹).

Le 4 mars 1865, dans l'après-midi, il est pris de coliques et de

(¹) Qu'on me permette de citer, pour mémoire, que les trois hommes qui ont contracté la variole dans cet endroit ont été frappés très-gravement.

Le premier, adonné à l'alcoolisme, a eu des accidents extrêmement intenses

nausées, se sent courbaturé et avale de son propre chef 1gr,20 d'ipéca. Il a des vomissements très-abondants pendant presque toute la nuit, des selles très-nombreuses, et le lendemain matin, quand je le vois, je le trouve dans la situation d'un homme faible, maladif, ayant une superpurgation.

Je prescris le repos au lit; une infusion légère de tilleul; une potion au laudanum de Sydenham, 10 gouttes; alcoolé de menthe, 4 grammes; eau 120 grammes; à prendre en trois fois.

Le 6. Pas de selles depuis l'ipéca; Chauvin est resté couché, l'état de malaise a augmenté; pouls à 110. Chaleur sèche de la peau, soif intense; on sent que le malade est sous le coup d'une affection sérieuse, mais il est impossible de déterminer quel est l'organe menacé. Bouillon, repos au lit, infusion de fleurs de violettes.

Le 7. A ma visite du matin, je trouve la peau toujours chaude et sèche, pouls à 120; respiration courte et rapide, toux incomplète et fréquente, oppression douloureuse, surtout au côté droit, crachats rares, visqueux, spumeux, sans aucune trace de sang. A l'auscultation, je trouve presque tout le poumon droit atteint; râle sous-crépitant fin à la base, à plus grosses bulles au sommet. Je diagnostique un processus phlegmasique vers le poumon droit. Bouillon étendu, infusion de violettes, potion : émétique, 40 centigrammes; laudanum, 1 gramme; par cuillerées à café d'heure en heure. La tolérance ne s'établit que huit ou dix heures après le début des prises.

Le 8. La pneumonie est bien caractérisée, les crachats sont fortement striés de sang; continuation de la potion sans laudanum.

Le 9. La pneumonie continue son évolution, douleur térébrante au côté droit. Même prescription, vésicatoire *loco dolenti*.

Le 10. La phlegmasie pulmonaire cède, la toux est moindre, les crachats sont plus facilement expulsés, la couleur est toujours rouillée, mais ils sont plus muqueux et moins aérés. L'oppression est un peu moindre, la douleur du côté est plus supportable. A l'aus-

---

de *délirium tremens*, et en outre une pneumonie au commencement de la fièvre éruptive.

Le second, jeune, sobre, bien constitué, et bien portant jusque-là, a eu aussi de son côté la complication pneumonique très-accusée au début.

Enfin, le troisième est celui dont je rapporte actuellement l'observation, et il est à noter que huit autres matelots qui, dans la même épidémie, sur le même navire, ont été pris de variole, n'ont pas séjourné dans ce lieu, que j'ai considéré pour bien des raisons comme le foyer d'infection, et n'ont eu que des varioles bénignes.

cultation on sent que la périphérie du poumon est sensiblement plus perméable; le pouls est toujours à 120. La gorge est rouge, douloureuse, irritation locale que j'attribue à l'action topique de l'émétique. Pansement du vésicatoire à suppurer; potion avec eau, 120 grammes; poudre d'ipéca, 2 grammes; faire bouillir pendant un quart d'heure, passer, édulcorer; à prendre par cuillerées à café d'heure en heure.

Le 11. Amélioration de la phlegmasie pulmonaire et de l'irritation buccale, mais le pouls reste à 120. Peau sèche et chaude; les crachats sont encore sanglants. Douleurs abdominales assez vives, ventre rétracté, pas de selles depuis quarante-huit heures. — Même prescription.

Le 12. Même état de la pneumonie, mais les coliques sont violentes; on peut considérer l'état présent comme une atteinte légère de coliques sèches, chose fréquente, on le sait, chez les individus qui en ont souffert dans les pays chauds. Je ne constate aucune trace du liséré de Burton. Un lavement simple, qui produit une selle très-peu copieuse. Potion émétisée à 0gr,40.

Le 14. La débâcle est arrivée, mais, comme on pouvait le craindre, elle a dépassé le but; il y a eu pendant la nuit plus de vingt selles diarrhéiques. Le malade est extraordinairement faible, il délire par moments. Mouvements ataxiques des lèvres et des mains; la douleur du côté est revenue, le sang reparaît dans les crachats. Potion avec 1 gramme d'extrait gommeux d'opium à prendre, par cuillerées à café, de deux heures en deux heures; sous-nitrate de bismuth, 30 grammes, en six prises; nouveau vésicatoire.

Trois heures après l'application de ce vésicatoire, la phlyctène est reformée, mais des accidents de dysurie très-violents se manifestent. Chauvin est dans le délire. A huit heures du soir, il a la région hypogastrique très-distendue, avec rétention d'urine depuis midi; je pratique la cathétérisme, la sonde est engorgée deux fois par des fausses membranes, néanmoins j'évacue environ 300 grammes d'urine.

Vers minuit, une selle diarrhéique peu abondante. A trois heures du matin, nouvelle selle sanguinolente.

Le 15. Délire complet; pouls filiforme, si rapide qu'on ne peut le compter. Le malade est aphone, néanmoins il parle constamment. Tremblement ataxique de tous les muscles de la face, des membres. Soubresauts à chaque instant. Enduit fuligineux sur les lèvres, les dents et la langue. Narines pulvérulentes; abdomen développé, douloureux dans la fosse iliaque droite. Prescription : potion

avec 50 centigrammes de musc et 15 grammes d'acétate d'ammoniaque, à prendre par cuillerées, d'heure en heure; un demi-litre de vin, alternant avec un demi-litre de bon bouillon, à boire dans les vingt-quatre heures.

Le 16. Un peu d'amélioration, mais néanmoins le malade est extrêmement bas. — Même prescription.

Le 17. Même état très-grave. — Même prescription.

Le 18. J'apprends que la personne chargée du malade n'a pas osé lui donner, surtout depuis la veille, autant de vin et de bouillon que j'en avais prescrit. Ce matin, les phénomènes ataxiques sont terriblement intenses, le sujet est dans l'alternative de moments de coma et d'excitation, l'enduit fuligineux de la langue et des gencives se reproduit à mesure qu'on l'enlève. Aphonie absolue. La respiration a quarante mouvements complets par minute; il est inutile de chercher à compter le pouls, qui est à peine sensible, mais extraordinairement rapide; abdomen météorisé; deux selles involontaires. Je pronostique une mort prochaine, et, en désespoir de cause, je veux exagérer la médication. Potion avec 1 gramme de musc et 30 grammes d'acétate d'ammoniaque, à prendre par cuillerées à café chaque demi-heure; vin de Bordeaux vieux, sucré, par deux cuillerées à bouche chaque demi-heure. On parvient dans le courant de la journée à faire avaler au malade six petites huîtres, sans qu'il sache ce qu'il fait.

19-20. Même état, extraordinairement grave; même prescription, qu'on suit très-ponctuellement. On est étonné, à bon droit, de ne pas voir la mort arriver; le malade est dans le délire le plus complet; selles involontaires, mouvements désordonnés, on est obligé de le tenir dans son lit.

Le 21. Même état, il y a encore eu une selle involontaire; cependant j'estime que la prolongation de la vie jusque-là est déjà un résultat remarquable, et j'insiste sur cette médication que plusieurs appelleraient peut-être incendiaire. Les prises de la potion et du vin sont rapprochées (de vingt en vingt minutes). Dans le courant de vingt-quatre heures, le malade prendra un litre d'excellent vin de Bordeaux sucré et sans eau; un litre de bouillon de bœuf très-riche; quatre biscuits dans un grand verre de vin de Malaga; douze petites huîtres.

Le 22. Il y a eu quelques petites poussées incomplètes de sueur dans la nuit, mais chaque fois la peau est redevenue aride. Je trouve sur l'abdomen quelques petites taches rosées que je prends pour l'éruption typhoïde. L'intelligence n'est pas plus lucide; la gravité de

l'état est toujours extrême; il n'y a pas à proprement parler d'amélioration, mais néanmoins la conservation de la vie jusqu'ici est un résultat admirable. Continuation des mêmes moyens avec la même rigueur.

Pendant la nuit, Chauvin se lève dans un moment de délire et boit d'un coup environ 200 ou 300 grammes de vin de Bordeaux. On en est très-effrayé, et cependant, peu après avoir été recouché, il commence à suer si abondamment jusqu'au matin, qu'on est obligé de le changer deux fois de linge.

Le 23. L'abondante sueur a été le signal d'une rémission extrêmement heureuse. Les taches rosées se sont transformées en vésicules argentées qui passent à l'état de pustules ombiliquées, c'est décidément une éruption variolique extrêmement discrète; vingt-cinq à trente boutons seulement. L'intelligence tend à revenir un peu, mais l'état général est néanmoins encore extraordinairement mauvais; je découvre une plaie de position du diamètre d'une pièce de 2 francs sur le sacrum, et une autre plus petite sur le grand trochanter gauche. Je n'ose espérer une amélioration tant le malade est profondément ébranlé. — Même prescription.

Le 24. L'intelligence est bien revenue, les mouvements musculaires sont plus synergiques; l'ataxie est à peu près dissipée, la langue est propre, l'abdomen normalement développé, l'éruption marche bien, les pustules ont une excellente apparence. Une selle moulée volontaire. La respiration se fait bien mieux, beaucoup moins d'oppression, la douleur de côté a disparu, les crachats sont muqueux, peu abondants, en un mot, c'est une véritable résurrection. Potion avec 15 grammes seulement d'acétate d'ammoniaque. Même alimentation, même quantité de vin.

Le 25. Continuation du mieux, suppression de la potion, diminution de moitié dans les quantités de vin. Œufs, poisson, potages, bouillon.

Le 26. L'amélioration se maintient, l'intelligence est plus claire, le tremblement ataxique a disparu, mais le malade est si faible, qu'il a à peine la force de remuer dans son lit. Il est anémique au plus haut degré; il y a un peu de bouffissure de la face, qui a un aspect de cire. Le pouls est filiforme, à 90. La respiration est facile, mais courte; le malade n'a pas, dirait-on, la force de faire d'amples inspirations, néanmoins la respiration se fait aussi bien que possible dans le poumon droit; le râle crépitant de retour tend à diminuer. la toux est presque nulle. Les crachats, rares, sont muco-purulents, épais, très-liés, quelques-uns sont complétement muqueux, con-

crets, brunâtres, transparents. Les pustules varioliques sont grosses, argentées, entourées d'une aréole à peine rouge. Les plaies de position du sacrum et du grand trochanter sont blafardes, blanches à leur centre. Une selle moulée dans la nuit. Prescription : bouillon très-riche pour tisane, alternant avec du vin sucré; tapioca; douze petites huîtres; côtelettes, matin et soir; biscuits trempés dans le vin de Malaga; pansement des plaies de position avec un mélange d'eau-de-vie et de vin par parties égales.

Le 27. L'amélioration continue. Chauvin est convalescent, mais il est anémique au delà de toute expression. Même alimentation.

Les 28-29. La santé revient à pas lents, mais réguliers. Alimentation aussi riche que possible. Le sujet, qui a un grand désir de guérir rapidement pour ne pas manquer le départ du navire, fait tout pour bien aller.

Le 30. Il se lève.

Le 3 avril. Il sort, et, le 6, il reprend une partie de son service; il est encore très-anémique, mais il revient à la santé à vue d'œil et peut déjà rester quatre heures sur pied.

Le 23 avril. La guérison ne s'est pas démentie.

Ai-je besoin de commenter longuement cette observation pour faire remarquer tout le danger qu'a couru le malade et l'importance du résultat obtenu ? Non, bien certainement, aussi ne m'étendrai-je pas en longues considérations. Comme les médecins anglais et français qui ont employé la médication alcoolique, j'ai noté une sueur profuse qu'on pourrait dire critique, sous l'influence de l'augmentation des doses de vin.

Je n'ai pas constaté le moindre signe d'ivresse, quoique le malade n'eût jamais pris en temps ordinaire de pareilles quantités de boisson; enfin, je rappelle qu'il menait avant une vie très-sobre, et que, de lui-même, il est arrivé à boire dans la convalescence le quart seulement de la quantité de vin que je lui prescrivais pendant sa maladie.

BIBLIOGRAPHIE.

Conférences de clinique médicale faites à la Pitié (1861-1862), par J. Béhier, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, recueillies par MM. Menjaud et Proust, docteurs en médecine, chefs de clinique de la Faculté, et revues par M. J. Béhier.

D'autres livres, du même ordre que celui-ci, peuvent toucher à des questions qui piquent davantage la curiosité, et qui, s'ils ne les résolvent pas toujours, reculent au moins la limite de la science, en en montrant les *desiderata*, en en mettant à l'étude les inconnues ; mais aucun, assurément, n'est marqué d'un caractère plus pratique et ne prend plus souci de mettre en pleine lumière les questions de tous les jours. Pour se convaincre de suite que tel est en effet le caractère de l'enseignement qui ressort de chaque page des conférences médicales faites à la Pitié par M. Béhier, il suffit de lire l'introduction qui précède l'ouvrage ; là, partout, sans prétendre à résumer les enseignements de la pathologie générale, sont semés d'une main discrète, et comme il convient de les mesurer aux jeunes adeptes de notre science difficile, les préceptes capitaux de la saine pratique, les mille et une observations qui guident sûrement nos premiers pas dans une carrière épineuse, et qu'un enseignement plus élevé, à force d'aspirer au mieux, laisse quelquefois dans l'ombre. Il semble qu'en composant cette préleçon utile, M. Béhier ait eu comme le pressentiment de la chaire professorale où il devait bientôt s'asseoir, tant il montre de sollicitude pour l'instruction vraiment fructueuse des élèves qui allaient lui demander à la Pitié le pain quotidien de son enseignement officieux. C'est de même, pour obéir à cette sorte de sollicitude paternelle, pour ainsi dire, que là encore et ailleurs, dans la dédicace à notre vénéré maître, M. le professeur Andral, M. Béhier s'efforce de prémunir les élèves auxquels il s'adresse contre les intempérances d'une science idéale, pour laquelle l'esprit humain est bien loin d'être mûr, si jamais même il peut y atteindre, quelles que puissent être, aujourd'hui ou dans l'avenir, les voies qu'il suive pour arriver à ce but. Dans cette dernière partie de son livre, l'auteur cite un passage remarquable de Chalmers, sur leqnel nous appelons l'attention des penseurs. Tout ceci, en un mot, est marqué au coin du bon sens et mériterait de devenir comme le catéchisme de la jeunesse studieuse, ne fût-ce que pour la préserver des écarts auxquels elle n'a que trop de tendance à se laisser entraîner, où

elle perd la meilleure partie de son temps et dépense inutilement une partie de ses forces intellectuelles. Est-ce à dire pourtant que cette règle s'applique à toutes les intelligences, quand elles ont assez vieilli dans l'étude des faits pour les bien connaître ? Nous n'oserions l'assurer : l'esprit, cela est aussi rare que le génie, a quelquefois des hardiesses de conception qui lui font atteindre la vérité, sans passer par l'intermédiaire des méthodes lentes, qui sont le contre-poids nécessaire des imaginations vulgaires. Malheureusement, qui se croit vulgaire ? Personne ; et tous, à un moment ou à un autre de notre vie, nous avons cru nous sentir des ailes, et nous avons plané dans les sphères imaginaires, d'où nous n'avons rapporté que des erreurs. M. Béhier, si tempéré aujourd'hui, a senti cela comme tout le monde, j'en suis sûr ; mais il est revenu sur la terre ferme, et nous nous en félicitons, car c'est à ce réveil opportun que nous devons l'ouvrage substantiel, solide, dont nous nous occupons en ce moment, et dont nous allons maintenant donner l'analyse très-sommaire.

Les premières conférences de M. Béhier, publiées dans le livre que nous examinons, roulent sur l'érysipèle. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description de la maladie, dans la détermination de ses formes, dans son étiologie, qui nous montre presque toujours comme point de départ du mal un traumatisme quelconque : cela se trouve partout ; mais ce qui n'est pas dans le courant de la science commune, ce sont quelques remarques justes que le savant professeur n'a pas manqué de faire sur le traitement de cette maladie. Parmi les topiques qui ont été tour à tour prônés pour limiter l'extension ou la durée de la maladie, M. Béhier, avec raison, n'en accepte aucun : les poudres négatives sont le seul moyen de cet ordre qu'il conseille ; elles soulagent momentanément, occupent le malade ; c'est toute leur vertu, mais c'est leur vertu, et elle est réelle.

Nous énucléerons encore de la laborieuse et sagace expérience du savant médecin de la Pitié deux remarques importantes relatives à la thérapeutique de l'érysipèle ; ces remarques ont trait au délire de l'érysipèle de la face que l'auteur combat hardiment par l'opium à doses élevées, et à l'érysipèle intermittent, à plus ou moins longues périodes, et qu'on appellerait peut-être plus justement érysipèle à répétition, et dont il a plus d'une fois prévenu le retour à la faveur du sulfate de quinine. Mais c'est trop nous attarder dans des détails secondaires, si utiles qu'ils soient, l'espace et le temps nous pressant, passons aux conférences suivantes, où des questions d'un

ordre plus élevé sont agitées, et, disons-le à l'avance, résolues avec une fermeté de bon sens et une abondance de preuves qui ne laissent guère de place au doute dans un esprit bien fait.

De nombreuses conférences ont été consacrées par le professeur à la pneumonie. Bien que ce soit là une des maladies les mieux connues, et dans la symptomatologie, et dans les formes diverses qu'elle peut affecter, et dans le traitement qui s'y oppose avec le plus de chances de succès, l'histoire qu'en a tracée l'auteur n'intéresse pas seulement les élèves auxquels le professeur s'adressait à la Pitié, les praticiens eux-mêmes y trouveront plus d'un enseignement dont ils pourront faire leur profit. Parmi les questions encore controversées auxquelles touche M. Béhier dans ces intéressantes conférences, nous avons surtout remarqué une réfutation nette et précise de l'interprétation spécieuse, mais fausse, que s'est efforcé de faire prévaloir avec beaucoup d'éclat Laudouzy. Nous connaissons des observateurs attentifs qu'avait ébranlés, dans leurs convictions anciennes, la théorie nouvelle de l'infortuné médecin de Reims ; qu'ils lisent la réfutation qu'en a faite le nouveau professeur de pathologie interne, et nous ne doutons pas que toute incertitude à cet égard ne s'évanouisse dans leur esprit. Une partie de cette histoire, si largement traitée de la pneumonie, que nous recommandons encore à l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique*, c'est celle qui est relative au traitement de cette maladie. Tout y est marqué au coin d'un observateur sagace, d'un praticien consommé dans l'art si difficile non pas de tracer la thérapeutique abstraite d'une entité nosologique nettement définie, mais d'user de celle-ci dans la juste mesure commandée par l'état actuel des malades. Ceux qu'a pu intéresser, et ce doit être tout le monde, la dernière notice insérée par l'éminent professeur dans l'un des derniers numéros de ce journal, retrouveront ici la même question traitée avec plus de développement, et, ce qui vaut encore mieux, les vues qu'y développe l'auteur sont appuyées d'observations qui en confirment la justesse.

Mais il est certaines de ces conférences que nous avons distinguées entre toutes, ce sont celles où M. Béhier a exposé de nouveau ses idées sur les maladies des femmes en couche. On se rappelle peut-être que, naguère, l'auteur a lu à l'Académie impériale de médecine un mémoire sur ce sujet, qui est devenu l'occasion d'une discussion qui a eu beaucoup de retentissement. Bien que, dans cette circonstance, quelques hommes des plus compétents en cette matière, MM. Dubois, Depaul, Danyau, par exemple, se soient

formellement déclarés en faveur de l'entité connue dans la science sous le nom de fièvre puerpérale, M. Béhier, fidèle à ses convictions, ne voit là qu'un pur schème, pour nous servir d'une expression empruntée à la philosophie de Kant, et qui semble devenir fort à la mode aujourd'hui. Dans la pensée du médecin de la Pitié, la prétendue fièvre puerpérale, telle que l'entendent les auteurs que nous venons de citer, distincte de la péritonite, de l'infection purulente, des localisations phlegmasiques péri-utérines et utérines, est le résultat complexe de plusieurs de ces lésions, qui, réagissant les unes sur les autres, altèrent, rendent autres les manifestations simultanées de chacune d'elles. Comme cette vue, qui ne manque certainement pas d'originalité, est un point essentiel dans la conception systématique de notre honorable confrère, qu'on nous permette de lui laisser un instant la parole pour bien faire comprendre sa pensée à cet égard. « En rendant la situation plus aiguë, dit-il, plus rapide dans sa marche, plus promptement mortelle, ces influences du péritoine enflammé et des annexes désorganisées modifient et altèrent la physionomie, la marche et la durée de l'infection purulente, consécutive à la phlébite suppurée. Cette dernière, à son tour, en amenant une prostration profonde par l'empoisonnement qu'elle a fait subir à l'économie, obture (j'aimerais mieux émousse) à tel point les sensations et les perceptions des malades, que les vives douleurs et les symptômes aigus que cause habituellement la péritonite sont atténués dans leur expression. De là cette forme pathologique qui, par ses symptômes, n'est ni l'infection purulente pure, ni la péritonite pure, mais un composé de ces deux affections, exerçant l'une sur l'autre une action réciproque. » Si l'on comprend bien ceci, on aura la clef de l'ensemble imposant des idées qu'a développées M. Béhier sur la fièvre puerpérale dans les savantes conférences qu'il a consacrées à l'élucidation de nombreuses et intéressantes questions qui se posent à ce propos. Mais c'est dans le livre même de notre savant confrère qu'il faut lire ces développements, si l'on veut être complétement édifié sur une question qui n'est assurément pas encore épuisée.

Ces conférences cliniques, qui n'embrassent qu'un nombre restreint de maladies, nous semblent en appeler d'autres : M. Béhier est-il en mesure, ou se mettra-t-il en mesure de compléter, ou au moins d'étendre un travail si heureusement commencé ? Que le savant et laborieux professeur nous permette de l'espérer dans l'intérêt de la jeunesse studieuse comme dans l'intérêt de la saine et judicieuse pratique.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Eclampsie. — délire entre les attaques convulsives. — albuminurie. — traitement par l'opium. — guérison. — Dans l'après-midi du 4 janvier 1865, des employés de la gare du chemin de fer de Saint-Germain amenaient à l'hôpital Beaujon la nommée D***, âgée de vingt-trois ans, couturière. Cette fille était accouchée en voiture; le médecin de la gare avait opéré la délivrance.

A la visite du soir, je trouvai la malade couchée au numéro 20 de la salle Saint-Hélène, service de M. le docteur Frémy. Elle est forte, colorée; sa peau est un peu moite; assise sur son lit, elle se plaint d'une vive douleur à l'épigastre, elle a des nausées et a eu quelques vomissements bilieux.

Interrogée sur son état, elle répond vaguement et a l'air absorbé par la souffrance. En explorant l'abdomen, je trouve l'utérus un peu déjeté à droite; il est incomplétement revenu sur lui-même; son fond est à 20 centimètres au-dessus de la symphyse. Par le toucher, je m'assure que la délivrance a bien eu lieu. Le doigt ne rencontre que quelques caillots mous. Elle n'a ni varices ni trace d'œdème, les parois du ventre sont fermes. L'état insolite de cette malade m'inquiétait; je fis quelques pas dans la salle, afin d'obtenir des renseignements auprès de la sœur, quand un cri aigu qu'elle poussa me rappela aussitôt auprès d'elle.

Je la trouvai alors couchée sur le dos, la tête dans l'extension forcée, les muscles de la mâchoire contracturés, les yeux convulsés, les bras, dans la demi-flexion, avec les mains fléchies, mais non fermées, étaient rapprochés du tronc; tout son corps était agité. La première idée qui me vint fut celle d'une attaque d'épilepsie, d'autant qu'au bout d'une minute environ, je vis la crise toucher à sa fin; la malade, l'écume à la bouche, se laissant aller sur le côté, entrait dans un sommeil profond et bruyant. Mais, quelques minutes après, nouvelle attaque plus courte que la première; le diagnostic ne pouvait être douteux. C'est alors qu'apparurent des symptômes assez rares, je crois, dans l'éclampsie puerpérale, symptômes qui m'ont engagé à publier cette observation.

En effet, chez notre malade, la seconde attaque convulsive fut suivie de délire, d'hallucinations, et ces phénomènes se reproduisirent de même après chaque attaque, pendant la soirée et la plus grande partie de la nuit. Elle poussait des cris perçants, regardant

fixement au pied de son lit, luttant avec énergie contre les personnes qui la maintenaient. Au milieu de ses cris, quelques paroles inintelligibles, où l'on distinguait cependant ces mots : Ote-toi! Va-t'en; il était évident qu'elle était sous le poids d'une hallucination, qu'elle ne voyait ni n'entendait les personnes qui l'entouraient. C'est à grand'peine qu'on lui mit la camisole; alors eut lieu une troisième attaque aussi longue que la première, suivie pendant quelques minutes d'un sommeil comateux, puis l'agitation et le délire reparurent avec les mêmes caractères. Profitant du repos qui suivit la troisième attaque, je sondai la malade; la vessie contenait peu d'urine. Cette urine, foncée, légèrement troublée, donna, par l'acide nitrique et la chaleur, un abondant précipité albumineux. — Que faire?

Je songeai d'abord au chloroforme, à cause de la faveur dont il semble jouir depuis quelque temps, mais je renonçai bien vite à ce moyen. La congestion céphalique, l'embarras de la respiration par l'accumulation de mucosités, la menace d'asphyxie qui suivirent la troisième attaque me semblèrent rendre cet agent dangereux. La saignée étant impossible, par suite de l'agitation du sujet, je prescrivis un julep contenant 0,025 milligrammes de sel de morphine; on devait en donner une cuillerée toutes les heures à la malade; je me réservais d'avoir recours à la saignée si le danger devenait plus imminent.

De six heures à neuf heures du soir, la malade a six nouvelles attaques entre lesquelles elle est tantôt dans une sorte de torpeur, tantôt dans l'agitation. Il suffit de l'approcher pour faire reparaître le délire dans toute son exaltation.

Le 5 janvier, à la visite du matin. La malade a eu de fréquentes attaques pendant la nuit; elle a crié, s'est agitée. La dernière attaque convulsive a eu lieu vers six heures du matin; depuis, elle est plus calme. La potion a été donnée exactement, bien qu'avec peine. La face est très-colorée, la peau chaude, le pouls bat cent vingt pulsations à la minute, la respiration est facile. M. le docteur Frémy fait appliquer à la malade des vésicatoires à l'épigastre et aux cuisses, l'opium est continué, mais la dose de chlorhydrate de morphine est portée à 0,040 milligrammes. L'administration en est la même. Toute la journée se passe dans la somnolence, sans nouvelle attaque.

Le 6 janvier. Même état. Le soir, on voit qu'elle comprend ce qu'on lui dit : elle répond par oui et par non, mais, sans seulement ouvrir les yeux; sa figure n'exprime pas la souffrance.

Le 7 janvier. Son intelligence revient peu à peu. Spontanément, elle manifeste le désir de boire.

Le 8 janvier. Elle est en état de répondre longuement aux questions qu'on lui fait, se sent quelque appétit, elle n'a aucun souvenir de ce qui lui est arrivé. Elle n'est pas allée à la selle depuis sa couche, ses seins sont modérément gonflés. Une bouteille d'eau de Sedlitz et une petite portion.

Le soir, quelques douleurs dans le bas-ventre, peau chaude, pouls plein ; 100 pulsations.

Le 9 janvier. La nuit a été bonne, la fièvre et les douleurs ont disparu. Une portion, deux pots de limonade vineuse. Le soir, il y a encore un peu de réaction fébrile.

Le 10 janvier. Peau normale, sentiment de bien-être. Les urines qui, le 8, présentaient encore quelque traces d'albumine, ne précipitent plus ni par l'acide ni par la chaleur. Deux portions. Bagnols, 200 grammes.

Le 14 janvier. Au soir, céphalalgie, face plus colorée que les jours précédents, douleurs lombaires. La malade, qui avait un peu de diarrhée, n'est pas allée à la selle.

Le 15 janvier. Epistaxis, toute douleur a cessé. La malade me dit, à cette occasion, que, pendant tout le cours de sa grossesse, elle a été sujette à des hémorrhagies nasales, surtout rapprochées dans les derniers temps.

Elle affirme n'avoir gardé aucun souvenir de son accouchement ni des circonstances qui l'ont suivi.

On lui permet de se lever.

Le 19 janvier. Complétement rétablie, cette malade est envoyée au Vésinet.

SPIESS,
Interne des hôpitaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De la médication sulfitique à l'extérieur. Le docteur Gritti vient de faire connaître les résultats des applications externes qu'il a faites des sulfites alcalins et terreux sur une série nombreuse de malades en traitement dans un des services de chirurgie de l'hôpital Majeur de Milan.

Il a administré le sulfite de soude dans la proportion de 10 parties pour 100 d'eau, et cette solution a été employée en lavages, injections, pansements, dans presque toutes les plaies. Il fait usage du même remède sous forme de pommade au glycérolé d'amidon dans tous les cas où est indiqué l'onguent digestif. Il se loue beaucoup de ce moyen thérapeutique, tant à cause de son efficacité que parce qu'il n'a ni odeur ni couleur, et qu'il n'est pas sujet à rancir, et enfin parce qu'il est bien toléré.

La formule qu'il emploie est la suivante :

Pr. Glycérine très-pure, 800 gram.
Sulfite de soude, 100 —
Dissolvez et ajoutez :
Amidon en poudre, 80 —

Mélangez et chauffez sur un feu doux ou au bain-mario jusqu'à consistance de pâte molle.

Cette pommade ou plutôt cette colle d'amidon doit être étendue sur des plumasseaux de charpie au moins vingt-quatre heures avant d'être employée.

Le sulfite de magnésie doit être employé sous forme de poudre, et sert spécialement pour déterger et cautériser légèrement les plaies torpides, baveuses ou tendant à la gangrène.

Cet ensemble de remèdes et de formules constitue, d'après M. Gritti, une nouvelle méthode de pansement externe qu'il appelle *médication sulfitique*, et qu'il souhaite de voir accueillie généralement par les praticiens; il la recommande surtout dans le service des hôpitaux où l'agglomération des malades facilite la production des miasmes et le développement de la gangrène nosocomiale.

Les résultats principaux de la médication sulfitique faite avec la charpie trempée dans la solution de sulfite de soude formulée plus haut peuvent se résumer de la manière suivante :

1° Elle diminue la sécrétion du pus de toutes les espèces de plaies;

2° Elle détruit l'odeur des plaies superficielles et diminue celle des plaies profondes;

3° Elle rend visqueux et dense le pus sécrété par les grands abcès et celui qui exsude à la surface des plaies, de manière à constituer pour ainsi dire un pansement isolant;

4° Elle détruit les éléments anatomiques du pus, c'est-à-dire les globules, en ne laissant que le *détritus moléculaire;*

5° Elle anime et régularise le travail de réparation;

6° Elle atténue la sensibilité de la plaie;

7° Elle accélère le travail de cicatrisation;

8° Enfin elle est bien toléréo par la plaie et par les parties voisines.

Les expériences et les faits cliniques dont l'auteur a déduit les conclusions précédentes sont très-nombreux, variés, et s'étendent à presque tous les organes accessibles à la main du chirurgien. Le travail de M. Gritti est surtout fort intéressant, à cause des expériences comparatives auxquelles s'est livré notre confrère italien, et qui semblent mettre hors de doute la supériorité de cette nouvelle médication sur toutes les autres employées jusqu'à ce jour. (*Imparziale* et la *Presse médicale belge*, n° 11.)

Hernie étranglée; injection sous-cutanée de morphine; réduction. Avant de se soumettre à l'opération, qui les effraye, il est ordinaire que les malades atteints d'étranglement herniaire réclament qu'on épuise tous les moyens de leur éviter cette pénible extrémité. Parmi ces moyens, il en est un qui paraît avoir plus d'une fois procuré le résultat désiré : nous voulons parler de l'opium, qui, administré à dose narcotique, peut en effet amener un relâchement musculaire assez prononcé pour rendre la réduction possible. On en peut lire un exemple dans le t. XLII de notre collection ; en voici un autre où le médicament, au lieu d'être administré par la bouche, fut injecté sous la peau, et dans lequel le succès est venu également répondre à l'espoir qui avait été conçu.

Le docteur T. J. Walker, chirurgien de l'infirmerie de Peterborough, rapporte qu'il fut appelé, il y a deux ans, auprès d'une femme affectée d'une hernie crurale qui s'était étranglée depuis environ douze heures. Après avoir administré le chloroforme et tenté inutilement le taxis, au lieu de pratiquer immédiatement la herniotomie, il fit une injection hypodermique d'un grain d'hydrochlorate de morphine. Il y eut à la suite un calme parfait, sans douleurs ni vomissements, et au bout d'un petit nombre d'heures, la hernie put être réduite avec la plus grande facilité.

On peut se demander si, dans ce cas, le chloroforme n'a pas quelque part à revendiquer dans le résultat obtenu. Mais il ne semble pas qu'il en soit ainsi, puisque plusieurs heures s'écoulèrent entre le moment de son emploi et celui où se fit la réduction ; à moins cependant, qu'on ne veuille admettre qu'à l'action de l'agent anesthésique vint s'ajouter celle de la morphine et en prolonger l'effet, ainsi que l'ont avancé le professeur Nussbaum et la commission de la Société de médecine de Versailles. Quoi qu'il en soit, M. Walker, sans prétendre, bien entendu, que l'injection sous-cutanée de morphine, puisse constam-

ment donner la possibilité d'éviter l'opération, déclare avoir eu plusieurs fois recours à ce moyen avec un plein succès. Nul doute, du reste, que, si l'opium ou la morphine sont susceptibles de procurer les bons effets annoncés, l'administration par la voie hypodermique, recommandée par notre confrère anglais, dans ces sortes de cas, ne soit de beaucoup préférable, comme plus rapide et plus sûre, à celle par la voie gastrique. Ce serait alors une conquête de plus à inscrire à l'avoir de cette précieuse méthode. (*British med. journ.*, 22 avril 1865.)

Hémorrhagies puerpérales, injections intra-utérines froides. Parmi les moyens de combattre les hémorrhagies qui suivent l'accouchement, figure et est souvent employée l'application du froid; seulement on se sert d'ordinaire, pour la pratiquer, de compresses ou de serviettes trempées dans l'eau froide et placées sur le bas-ventre et sur les cuisses. Un praticien anglais, M. Roper, se loue beaucoup d'un procédé, qui consiste à injecter de l'eau froide dans la cavité de l'utérus pour la débarrasser des caillots et réveiller la contractilité de l'organe, procédé qui n'est peut-être pas nouveau, mais qui, à coup sûr, pourra inspirer quelque inquiétude à un certain nombre de nos confrères, de ceux surtout qui attribuent de graves dangers aux injections intra-utérines. Quoi qu'il en soit, il n'est peut-être pas à dédaigner comme ressource à mettre en œuvre, quand d'autres sont restées inefficaces; et d'ailleurs, en ce qui concerne la température de ces injections, n'y a-t-il pas lieu de se demander si le froid serait plus dangereux à l'intérieur qu'appliqué extérieurement. En tout cas, sans que nous nous portions garant de ce moyen dont nous n'avons nulle expérience, les faits de M. Roper témoignent que le danger, s'il existe, est loin de toujours se réaliser. Voici l'analyse de deux de ces faits :

Mrs. M***, primipare : accouchement naturel le 29 mai 1863. Deux heures après la délivrance, M. Roper est mandé en toute hâte. Quoiqu'on lui eût dit qu'il n'y avait pas de perte de sang, soupçonnant une hémorrhagie interne, il se munit d'appareils à injections en caoutchouc. La malade était dans un état de faiblesse extrême, pâle, avec les extrémités froides, presque sans pouls. Pas d'hémorrhagie externe en effet; mais utérus énorme, atteignant presque le volume de la matrice gravide à terme. Injection d'eau froide; expulsion de nombreux caillots, cessation de l'hémorrhagie, retour de l'utérus sur lui-même.

Mrs. M***, primipare également : accouchement naturel le 24 avril 1864. Chute du placenta dans le vagin avec la dernière contraction expulsive qui amène l'enfant hors de la vulve; puis inertie. Après l'extraction du délivre, perte sanguine excessive. La compression externe (s'agit-il de celle de l'aorte, et fut-elle pratiquée convenablement ?) ayant échoué, l'accouchée perdait rapidement ses forces et pâlissait à vue d'œil. Cessation immédiate de l'hémorrhagie après une injection d'eau froide dans la cavité utérine, et contraction de l'organe. (*British med. journ.*, 11 mars 1865.)

Chorée rebelle guérie par l'acide arsénieux. La médication arsenicale, employée depuis longtemps à l'étranger, dans le traitement de la chorée, a été préconisée en France, par M. Rayer, puis plus tard, par Aran qui la recommandait surtout dans les cas de chorée anomale et réfractaire aux moyens ordinairement employés. Le fait suivant, observé par M. Calloch, professeur suppléant à l'école de médecine de Nantes, vient à l'appui de l'opinion d'Aran [1].

Une jeune fille de quatorze ans, d'une bonne santé habituelle, quoique de chétive apparence, était atteinte de chorée unilatérale droite depuis deux ans et demi. Le désordre des mouvements qui, depuis le premier jour, était resté limité à cette partie du corps, était tel que la malade avait été forcée d'interrompre son apprentissage de couturière. Cette jeune fille n'avait jamais eu de rhumatisme, et la cause de la chorée reste inconnue, à moins qu'on ne la rattache à l'influence des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles elle vivait.

Plusieurs traitements préalables ayant été complétement inefficaces, M. Calloch prescrivit l'usage d'une solution d'acide arsénieux au millième, dont la malade dut prendre une, puis bientôt deux cuillerées à café par jour, à l'instant du repas. L'arsenic ainsi donné à la dose de 5 puis de

[1] *Bulletin de Thérapeutique*, 1856.

10 milligrammes, eut comme toujours, pour effet d'augmenter l'appétit et les forces. Au bout d'un mois et demi, le mieux était déjà très-sensible, et les mouvements étaient réduits à un tressaillement musculaire que la malade savait diminuer, en appuyant fermement son bras et sa jambe; un mois après, la guérison était complète et s'est maintenue depuis. (*Journal de la Société de médecine de la Loire-Inférieure.*)

Fiel de bœuf, son emploi thérapeutique. M. le professeur Wolf a tâché de rappeler l'attention des médecins sur un médicament presque complétement tombé en désuétude, et qui mérite, à juste titre, la réputation dont il a joui anciennement. Il s'agit de l'extrait de fiel de bœuf dont l'expérience a constaté les propriétés toniques, purgatives et nervines. C'est comme tonique surtout que cette substance s'est montrée efficace dans les affections dyspeptiques, lorsque celles-ci dépendent d'un état atonique de l'estomac et des intestins. Son utilité a encore été constatée à titre de purgatif dans les cas où il faut produire une excitation énergique du tube intestinal et dans ceux où la sécrétion biliaire se faisant d'une manière défectueuse, il y a constipation opiniâtre. Dans ces cas, le fiel de bœuf a rendu à l'auteur plus de services que tous les autres agents thérapeutiques indiqués. C'est ainsi qu'il a guéri un malade qui présentait tous les symptômes de la cirrhose du foie : peau ictérique, constipation continuelle, amaigrissement sans cesse progressif. Lorsqu'il s'agit de provoquer des selles, l'auteur fait dissoudre de 4 à 6 gros d'extrait de fiel de bœuf dans 6 onces d'un liquide aromatique, et de cette solution il administre au malade quatre fois par jour une cuillerée à soupe; lorsqu'on emploie le fiel de bœuf comme tonique, on peut se contenter de plus faible dose.

L'extrait de fiel de bœuf est un médicament ancien auquel nous sommes resté fidèle; nous l'employons assez souvent dans les dyspepsies intestinales, et nous ne pouvons que confirmer les assertions de M. le professeur Wolf. (*Geneesk. Cour. der. Neder* et *Scalpel.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Résection sous-périostée de la moitié supérieure de l'humérus, suivie de la reproduction de la partie enlevée. Les circonstances dans lesquelles on a pu clairement et rigoureusement démontrer chez l'homme la reproduction des os, après les résections sous-périostées, ont été jusqu'ici assez rares pour les os volumineux des membres.

M. Ollier vient de présenter une observation qui nous paraît pleinement concluante à cet égard. Il s'agit de l'ablation de la moitié supérieure de l'humérus, suivie de la reproduction de l'organe enlevé et du rétablissement des fonctions du membre.

La malade est une jeune fille de quinze ans et demi, d'une constitution chétive, portant sur son corps des traces d'affections osseuses anciennes, et qui, depuis huit ans, souffrait dans la région de l'épaule.

Quand elle entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'articulation scapulo-humérale était largement ouverte; des fusées purulentes s'étaient produites dans divers sens autour de l'humérus. Malgré l'emploi des moyens locaux et généraux, dirigés et contre la lésion osseuse et contre l'altération de la santé générale, la malade dépérissait et s'affaiblissait de jour en jour. Il fallait intervenir; l'opération fut pratiquée le 16 septembre 1864. La lésion osseuse était tellement avancée, qu'il fallut réséquer 12 centimètres, juste la moitié de la longueur de l'os.

La tête était aplatie, déformée, encore recouverte de son cartilage, mais celui-ci était profondément altéré. La diaphyse était inégale, creusée de sillons profonds et parsemée en d'autres points d'ostéophytes inégaux. Au fond de ces sillons se trouvaient des amas de pus concret. L'os était à nu à ce niveau. Les muscles étaient décollés par des fusées purulentes s'étendant au loin. En dehors et en arrière, le périoste, épaissi, adhérait régulièrement à l'os. Il fut détaché avec soin, et formait un tube périostique continu dans toute sa longueur, bien qu'il fût incomplet dans sa circonférence.

Dans cette séparation ne furent compris ni muscles ni tendons; c'est là une précaution opératoire sur laquelle on ne saurait trop insister.

Les fibres du deltoïde furent écartées au moyen d'une incision longitudinale, les tendons des tubérosités furent détachés avec la sonde-rugine.

L'os ainsi enlevé était vivant, vasculaire, nullement nécrosé. Il s'agissait donc d'une véritable résection sous-périostée.

Aujourd'hui, 17 avril, la malade est dans l'état suivant :

La portion d'os enlevée s'est reproduite d'une manière évidente. Elle est représentée par un cylindre dur, très-résistant, qu'on peut parfaitement suivre dans une étendue de 8 centimètres. On ne peut pas exactement apprécier l'état réel de la tête immédiatement au-dessous de la cavité glénoïde ; mais la forme arrondie du moignon de l'épaule est rétablie, comme on peut s'en assurer par les photographies.

Au moment de l'opération, il y avait une distance de 24 centimètres entre le point le plus saillant de l'acromion et le point le plus intérieur du condylo huméral. Cette distance est aujourd'hui de 225 millimètres. Il n'y a donc que 15 millimètres de raccourcissement.

Indépendamment de la reproduction de l'os, à cause du rétablissement des fonctions du membre, la malade se sert déjà beaucoup mieux de son bras qu'elle ne s'en était servie depuis huit ans. Elle porte la main à la tête, s'habille seule, écarte le coude du tronc, à une distance de 10 centimètres. La main peut être lancée à une distance de 50 centimètres, et dans l'action de tirer à soi, le bras étendu, elle a presque autant de force que celle du côté opposé. Les mouvements de rotation sont déjà sensibles.

Ces avantages paraissent dus à la conservation des rapports des muscles et de leurs tendons avec la gaîne périostique. Dans toute résection, il faut ménager ces rapports. Quelque adhérents que soient les tendons, il ne faut jamais les couper. De cette manière, on a une loge continue formée par le périoste, la capsule, les tendons et les ligaments péri-articulaires. Les muscles ne se rétractent pas et ne vont pas contracter de nouveaux rapports. Leur action n'est ni neutralisée ni pervertie, et la régénération manquât-elle, le résultat définitif de l'opération sera bien plus satisfaisant que si on a opéré par la méthode ordinaire.

Dans le cas présent, les mouvements paraissent devoir se perfectionner de jour en jour. La reproduction de la tête humérale pourra se compléter encore. Il y deux mois à à peine que la santé générale de l'opérée est rétablie, et par cela même favorable à une bonne régénération osseuse.

Ce cas, tel qu'il est actuellement, est un exemple incontestable de régénération osseuse sur l'homme après les résections sous-périostées. Et, comme conclusion, nous dirons que les os se reproduisent chez l'homme comme chez les animaux, et même ; pour certains segments des membres, ils se reproduisent mieux dans l'espèce humaine, parce que nos malades supportent des appareils contentifs que les animaux ne peuvent pas tolérer. Il y a donc parfois accord entre les faits chirurgicaux et les faits d'expérimentation physiologique, et, comme l'a dit M. Flourens après ses expériences sur les animaux, conservez le périoste, et le périoste rendra l'os. (*Académie des sciences.*)

De la thoracentèse chez les enfants, par M. Guinier, agrégé à la faculté de médecine de Montpellier. Ces recherches portent sur 31 observations de thoracentèse chez des enfants, éparses dans les Annales de la science et colligées par l'auteur.

Ces 31 cas sont répartis, selon l'âge, de la manière suivante :

Age, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 4 mois.

Cas, 1, 2, 2, 2, 0, 1, 5, 5, 6, 1, 3, 0, 1, 1, 1.

De ces recherches il ressort :

1° Le fait qui appartient à M. Guinier, relatif à un garçon de douze mois, rapidement guéri, par la thoracentèse, d'un abondant épanchement pleurétique gauche séro-purulent, est le seul fait connu de thoracentèse sur un enfant à la mamelle.

2° Ces 31 cas, ayant été observés à des époques et dans des lieux différents, par des hommes divers, le résultat de leur comparaison offre toutes les garanties de la plus parfaite impartialité.

3° L'opération a été faite plus souvent de six à huit ans (16 fois), qu'au-dessous (7 fois) ou au-dessus (8 fois) de cet âge, la naissance et l'âge de quatorze ans étant pris pour limites extrêmes.

4° L'opération a été faite 4 fois

plus souvent sur des garçons que sur des filles.

5° L'opération a été faite 6 fois, plus souvent du côté gauche que du côté droit.

6° Il y a eu 6 fois plus de succès que d'insuccès.

7° La mortalité n'est pas en rapport avec l'âge.

8° Ce n'est qu'à partir de 1851 que l'on a publié des faits heureux de thoracentèse au-dessous de l'âge de six ans.

9° L'opération n'a jamais paru nuisible, soit en amenant une irritation ou une phlegmasie traumatique de la plèvre, soit en provoquant le moindre accident que l'on ait eu à regretter.

10° Dans tous les cas connus, un soulagement immédiat et considérable a suivi l'opération; la guérison a été la règle, la mort de l'enfant, l'exception.

11° Dans les rares cas de mort, la thoracentèse n'a jamais pu être accusée d'y avoir contribué en quoi que ce soit; la mort a été toujours manifestement retardée par la thoracentèse.

12° En comparant les nombreux cas connus de mort par épanchement pleurétique non opérés avec les 31 cas précités, on est autorisé à conclure que la thoracentèse aurait sauvé un grand nombre des enfants qui ont succombé.

13° Les épanchements pleurétiques, ayant chez l'enfant, une grande tendance à devenir purulents, et la purulence, compliquant fâcheusement et surtout prolongeant les suites de l'opération, la thoracentèse doit être plus précoce chez l'enfant.

14° Les signes de la présence d'un épanchement pleurétique, et même les signes de sa nature purulente sont relativement plus accusés et plus facilement appréciables chez l'enfant.

15° Une déviation du rachis, à concavité du côté malade, suit toujours la guérison après la thoracentèse; mais elle se redresse spontanément, et d'autant plus vite que l'enfant est plus jeune.

16° L'incision de la peau et de l'espace intercostal, la perforation du sternum ou d'une côte, n'a jamais donné, chez les enfants, des résultats aussi favorables que la ponction en un seul temps, avec un trocart, par la méthode sous-cutanée, faite une seule fois, ou répétée, selon le cas.

17° L'entrée de l'air, assez souvent observée, tout en compliquant la situation, n'a pas compromis la vie du jeune opéré.

18° Des injections de diverse nature ont été faites dans la plèvre de jeunes sujets; il vaut mieux les éviter; mais elles sont parfois nécessitées par la fétidité des liquides intrapleuraux contaminés par le contact de l'air.

19° L'ensemble des circonstances qui résultent de l'examen comparatif de ces 31 cas est très-favorable à la thoracentèse chez les enfants. (*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. Guionis, médecin de l'Asile impérial du Vésinet, a été nommé officier de la Légion d'honneur. Chevalier de l'ordre depuis 1849.

Dans sa séance du 26 avril dernier, la Société médicale des hôpitaux a procédé au renouvellement de son bureau et de ses différents comités pour l'année 1865-66.

Ont été élus: Président, M. Léger; vice-président, M. Bourdon; secrétaire général, M. Lailler; secrétaires particuliers, MM. Besnier et Desnos; trésorier, M. Labric.

Conseil d'administration : MM. Bergeron, Bourdon, Alf. Fournier, Hérard, Vidal.

Comité de publication : MM. Besnier, Charcot, Desnos, Lailler, Millard.

Conseil de famille : MM. Barthez (Ernest), Bernutz, Guéneau de Mussy, Moutard-Martin, Henri Roger.

Le concours pour trois places de médecin du Bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Siredey, Raynaud (Maurice) et Gombault.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'administration du sulfate de quinine en injections sous-cutanées.

Par M. le docteur O. Pihan-Dufeillay, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École de médecine de Nantes.

La multiplicité des médicaments préconisés contre une maladie est, dit-on, la meilleure preuve de l'impuissance et de la pauvreté de la thérapeutique dans l'espèce. Il est peu de règles cependant, si absolues qu'elles paraissent, à laquelle on ne puisse trouver quelque exception; cette fois il nous suffit, sans aller bien loin, de jeter les yeux sur une des maladies les plus communes et les mieux connues de nos pays, les fièvres paludéennes, pour nous assurer, qu'à côté d'une interminable liste d'agents tous plus inertes les uns que les autres malgré leur merveilleuse réputation, il existe deux ou trois substances dont l'indiscutable puissance doit être admise sans conteste. En première ligne figurent le quinquina et les produits que la chimie en retire. Remède héroïque des maladies dites *paludéennes*, il jouit d'une supériorité incontestée qui ne suffit cependant point encore pour assurer son emploi dans tous les cas où il est nettement indiqué. C'est qu'en dépit des résultats quotidiens qui attestent sa puissance, il existe des obstacles de plus d'une sorte, qui s'opposent en bien des cas à son emploi.

1° Déjà la substitution de la quinine et de ses sels à la poudre d'écorce avait résolu un important problème en simplifiant énormément le mode d'administration du médicament, et en lui assurant, dans bien des circonstances, une action plus certaine et plus rapide. Prescrire le quinquina sous cette nouvelle forme parut bientôt chose si facile et si exempte de dangers, que l'abus ne tarda pas à succéder à l'usage, si bien que, les préjugés y aidant, la quinine devint pour beaucoup de gens un objet de répugnance et de crainte. A ce premier obstacle, parfois plus sérieux qu'on ne serait tenté de le supposer, vinrent s'ajouter quelques phénomènes inhérents à la nature même des sels quiniques, obstacles qui rendirent en certaines circonstances son usage presque impossible, ou tout au moins difficile et insuffisant. L'action topique qu'exerce sur la muqueuse stomacale le sulfate de quinine devient chez certains sujets le point de départ de douleurs gastralgiques pénibles. On les rencontre surtout chez

les personnes d'un tempérament nerveux et excitable; chez les femmes auxquelles répugne la seule idée du médicament; chez les gens enfin que d'injustes préventions contre l'action de la quinine rendent plus attentifs et plus susceptibles à ses moindres effets. Parfois réelles, souvent exagérées par l'imagination et les récits intempestifs de souffrances dont la quinine est certes bien innocente, les douleurs gastralgiques n'en deviennent pas moins un très-sérieux obstacle à l'administration des premières doses du médicament et s'opposent presque entièrement à sa répétition, pendant le temps nécessaire à la guérison.

2° La saveur extrêmement amère du sulfate de quinine, qu'on masque aisément en le formulant sous forme de pilules ou de poudres enveloppées de pain azyme, crée une résistance à l'administration de cette substance chez les jeunes enfants trop grands déjà pour qu'on puisse, sans de pénibles efforts, leur déverser la solution dans la bouche, et trop petits encore pour avaler, sans les mâcher, pilules ou paquets. On a bien, il est vrai, tenté de parer à cet inconvénient ainsi qu'au précédent, en substituant à l'absorption par les voies stomacales celle par le gros intestin. Mais on rencontre ici un double désavantage : le sulfate de quinine n'est soluble et absorbable que dans un milieu acide, et les mucosités du gros intestin sont alcalines. Pour obvier à cet inconvénient on additionne habituellement les lavements de quinine de deux ou trois gouttes d'eau de Rabel, précaution fort juste en théorie, mais qui devient à peu près inutile telle qu'on la pratique. Il faut, en effet, pour dissoudre complétement le sulfate de quinine dans une petite quantité d'eau distillée, et à plus forte raison dans un milieu alcalin, une quantité d'eau de Rabel à peu près égale à son poids, soit environ vingt gouttes par gramme; et encore, pour que cette solution soit permanente, faut-il un excès d'acide. La quantité de sulfate de quinine administrée en lavement est généralement plus forte que celle qu'on prescrit par la bouche; or, son absorption est proportionnée à sa solution, et cette solution ne peut être obtenue au complet que par l'adjonction d'une notable quantité d'acide. Il s'ensuit que les lavements quiniques, formulés tels qu'ils doivent l'être pour avoir toute leur puissance, deviennent de légers irritants de la muqueuse et provoquent un besoin d'expulsion auquel les adultes ont parfois quelque peine à résister. Quant aux enfants, chez lesquels l'administration d'un lavement occasionne presque toujours des cris et des efforts, ils rejetteront le plus souvent la solution quinique acidulée telle qu'il l'auront prise.

3° Il est en physiologie une loi sans exception, en vertu de laquelle l'absorption des substances préalablement dissoutes se fait d'autant mieux que le contact avec la membrane absorbante est plus immédiat, et que les conditions anatomiques et fonctionnelles de cette membrane se rapprochent davantage de l'état normal. Or, ne peut-on, en partie, trouver dans l'infraction à ces conditions la cause de l'inertie habituelle du sulfate de quinine administré pendant un accès pernicieux et de l'inefficacité de cet agent sur les accidents dont le développement continue pendant les quelques heures qui suivent son administration? Les fonctions stomacales sont profondément modifiées pendant un accès de fièvre tant soit peu intense; de là résulte qu'une grande partie de la substance ingérée doit traverser l'estomac sans y subir l'absorption. C'est là un fait tellement reconnu, que certains médecins attribuent la tolérance morbide du tartre stibié et des substances analogues à un simple défaut d'absorption du médicament. Sans pousser aussi loin les conséquences de la perturbation de l'absorption, on ne peut nier (et c'est là l'important) que l'absorption stomacale ne soit profondément modifiée et sensiblement réduite pendant le cours d'une fièvre intense.

En outre de la perturbation ainsi produite par le mouvement fébrile dans les fonctions d'endosmose et d'absorption, il existe par le fait des fièvres sur la surface muqueuse gastrique un enduit muqueux, d'épaisseur variable, qui tapisse la membrane et y forme une sorte de revêtement assez imperméable pour s'opposer en grande partie au contact direct de l'organe et de la substance ingérée. L'usage si répandu des purgatifs et des éméto-cathartiques pour préparer l'action du sulfate de quinine est peut-être redevable de quelques-uns de ses heureux effets à la modification énergique que ces agents font subir à la muqueuse digestive. En quelque sorte nettoyée et balayée des matières qui la recouvrent, cette membrane retrouve une nouvelle puissance absorbante qui s'exerce sur la solution médicamenteuse directement appliquée à sa surface. Certes, ce rôle tout mécanique n'est pas, tant s'en faut, le seul que les éméto-cathartiques soient appelés à jouer dans ces circonstances; mais tout secondaire qu'on puisse le supposer, il n'en a pas moins son importance et mérite d'être signalé.

Il est donc aisé de résumer ce paragraphe en disant qu'une des causes puissantes du défaut d'action de la quinine administrée pendant le cours d'un accès de fièvre violent est son défaut d'absorption par la muqueuse stomacale.

4° Le sulfate de quinine enfin est, dans la vente au détail des médicaments, une substance d'une valeur toujours élevée. Or, si la quantité de ce sel nécessaire dans un cas donné ne constitue pour certaines gens qu'une dépense insensible, il n'en est pas moins constant que dans les classes peu aisées le prix de ce médicament devient, pour peu qu'on le répète un petit nombre de fois, une charge réellement onéreuse. Cela est si vrai, qu'en pareil cas le médecin est souvent réduit à abaisser les doses au-dessous de leur poids habituel et à les suspendre, au risque d'une rechute, plus tôt que ne le voudrait une saine pratique.

De ce qui précède, on peut donc conclure que la médication quinique, si perfectionnée et si hautement utile, offre encore dans son application quelques obstacles réels, à savoir : les troubles gastralgiques qu'elle provoque chez certaines gens, et les préjugés enracinés qui en sont la conséquence ; — la saveur amère du médicament, difficile à masquer quand on l'administre aux enfants ; — le défaut d'absorption par la muqueuse digestive ; — enfin son prix élevé dans le commerce de pharmacie, prix qui s'oppose à son emploi à dose suffisante dans les classes pauvres.

Existe-t-il donc un moyen qui nous permette d'obvier à ces inconvénients, et de rendre en toutes circonstances aux préparations quiniques le rôle prééminent qui leur incombe dans le traitement de toutes les affections paludéennes et intermittentes? Telle est la formule réelle du problème que nous nous sommes tous posé bien des fois, problème dont les études et les expérimentations modernes rendent la solution aisée. Il ne s'agit, en effet, que d'appliquer au sulfate de quinine un procédé d'administration qui, en mainte occasion, a fourni pour des substances variées les résultats les plus précis et les mieux déterminés.

Il s'agit de l'absorption sous-cutanée du médicament.

On sait combien est faible l'absorption transépidermique ; les pommades et les frictions au sulfate de quinine ne sont que de bien faibles adjuvants auxquels on ne saurait demander une action tant soit peu énergique. Par contre, l'insertion de substances solubles sous le derme est rapidement suivie d'absorption et de manifestations générales qui prouvent la rapidité avec laquelle s'est effectué le transport de la matière jusqu'aux parties les plus reculées de l'organisme. L'absorption des matières virulentes, si rapide par une dénudation du derme, est nulle par les muqueuses intactes ; les effets relativement limités des substances toxiques administrées par la bouche et l'extrême énergie de leur action, même à dose beaucoup

plus faible, quand on les porte directement au contact des capillaires sous-cutanés, sont autant de preuves sans répliques de l'insuffisance de l'absorption à la surface des muqueuses enduites de viscosités et de la supériorité relative, en pareil cas, du derme dénudé. C'est là un résultat d'expériences que la physiologie a parfaitement avéré et que la thérapeutique a su utiliser, en déposant d'abord les corps solubles à la surface du derme dépouillé de son épiderme, puis en injectant plus tard dans l'épaisseur de la peau les substances préalablement dissoutes.

On connaît les heureux résultats de cette pratique vulgarisée sous le nom d'injection hypodermique, depuis cinq ou six ans à peine, en Angleterre, par Wood; en France, par MM. les professeurs Béhier et Courty. Depuis lors on a pu, en mainte occasion, apprécier la rapidité et l'énergie d'action de l'atropine et de la morphine administrées par ce procédé à dose très-minime. La certitude de l'absorption immédiate de toute la substance médicamenteuse permet, en outre, d'en graduer facilement les effets. Ne pouvait-on donc pas appliquer à d'autres substances qu'aux narcotiques un mode d'administration si simple? Le sulfate de quinine, entre autres matières solubles, n'était-il pas susceptible d'un mode d'absorption aussi efficace? Les faits seuls pouvaient résoudre cette question. J'hésitais cependant à me livrer à l'expérimentation, dans la crainte de quelque accident local dû à l'action sur le réseau lymphatique d'une notable quantité d'un liquide aussi irritant que semble l'être la solution de sulfate de quinine, quand les deux faits suivants vinrent à ma connaissance :

1° Le docteur Gondas, d'Athènes, rapporte que le docteur William Schachaud, de Smyrne, ayant à sa connaissance traité une sciatique compliquée d'exacerbations intermittentes par des injections d'atropine auxquelles il fit succéder des injections de sulfate de quinine, il eut l'idée d'employer le même procédé pour combattre des accidents paludéens de diverses sortes.

Une solution de 5 centigrammes de sulfate de quinine, poussée dans une ouverture sous-cutanée pratiquée à la lancette, aurait suffi, d'après ce médecin, pour amener des guérisons durables.

2° A peu près à la même époque où M. Schachaud appliquait à la thérapeutique des fièvres paludéennes la méthode hypodermique, un autre médecin anglais, W. Moore, combattait à Bombay un nombre assez considérable de fièvres intermittentes à l'aide des injections de sulfate de quinine. Des succès nombreux justifièrent

cette pratique, qui avait entre autres avantages celui de ne nécessiter qu'une quantité moindre de médicament. Ce médecin ne vit jamais survenir aucun accident local, sauf un peu d'inflammation lymphatique dans les cas où la quinine resta suspendue et non dissoute dans le liquide.

La possibilité des injections quiniques sous-cutanées sans accident ressortait des faits ci-dessus, mais il restait à en tirer les diverses conséquences ; pour cela, il fallait réunir un nombre important d'observations et pratiquer à plusieurs reprises ces injections chez des sujets placés dans des conditions variées.

J'ai donc usé, aussi souvent qu'il m'a été loisible, des injections quiniques hypodermiques. Si même j'ai tardé jusqu'à ce jour à communiquer ces faits, c'est que j'ai voulu attendre que mes conclusions, d'abord déduites de quelques observations, fussent confirmées chez un nombre assez imposant de sujets pour leur donner une valeur réelle. J'ai employé l'injection quinique chez les malades placés dans les conditions les plus diverses, même chez ceux qui auraient pu à tous égards prendre aisément le médicament par la bouche, et cela dans le but de constater les effets normaux de la quinine administrée par cette nouvelle voie et de leur comparer les résultats obtenus chez les sujets qui ne peuvent pour cause spéciale l'ingérer par les voies stomacales.

Mes observations s'élèvent actuellement au nombre de vingt-sept. Or, dans ce nombre, il en est plusieurs qui ont été prises sur des sujets placés dans des conditions assez analogues pour ne faire en quelque sorte qu'une triple ou une quadruple édition d'un même fait. Les dimensions et l'intérêt de ce mémoire ne me permettent point de les citer toutes ici. Je me bornerai à transcrire celles qui forment pour ainsi dire un type de série ou qui se distinguent par quelque caractère spécial.

A. *Fièvres intermittentes traitées par des injections sous-cutanées de sulfate de quinine chez des sujets qui eussent supporté sans inconvénients l'ingestion du médicament par la bouche.* — Cette catégorie de malades est de beaucoup la plus nombreuse ; j'y ai employé l'injection quinique, soit dans un but d'expérimentation, soit dans un but d'économie. Je me bornerai ici à l'exposé de deux faits à titre d'exemples et de points de comparaison.

Obs. I. Louis Hub***, cocher, âgé de vingt ans, a subi à plusieurs reprises des accès de fièvre tierce aisément coupés par des doses de 60 à 70 centigrammes de sulfate de quinine, habituellement administrées trois ou quatre jours de suite.

Au mois de novembre 1864 il éprouva de nouveaux accès en tierce. Je n'eus recours à la quinine qu'après le cinquième accès, assez intense pour avoir nécessité un repos au lit de huit heures pendant le cours de la journée.

Je pratiquai une injection de 10 centigrammes de sulfate de quinine à la partie interne du bras. Le lendemain et le surlendemain, je fis une deuxième et une troisième injection au même bras et à la même dose. La fièvre ne revint pas et le sixième accès manqua complétement. La guérison ne s'est point démentie.

Le troisième jour de l'injection, cet homme consacra presque toute la journée à scier du bois. Le soir, le bras auquel avaient été pratiquées les injections, offrait des traînées rouges partant des piqûres et se dirigeant vers l'aisselle, accompagnées d'un sentiment douloureux à la pression et aux contractions musculaires. Des cataplasmes émollients huilés et le repos du membre pendant la journée du lendemain suffirent pour effacer toute trace de ce petit accident.

Obs. II. Je me suis pris moi-même comme sujet de cette observation. J'ai eu à diverses reprises l'occasion d'apprécier sur moi-même les effets physiologiques du sulfate de quinine, dont j'avais usé pour remédier à des accès de fièvre intermittente à type tierce ou à type quotidien. Il ne m'a jamais, même à haute dose, produit le plus léger malaise gastrique ; c'est à peine si j'ai jamais ressenti quelques-uns des troubles céphaliques qu'il entraîne. Ce fut donc uniquement dans un but de curiosité que, pendant l'automne dernier, à l'occasion de malaises qui revenaient en tierce, je substituai pour leur traitement les injections de sulfate de quinine à l'emploi de cette substance par la bouche.

Le sentiment de la piqûre faite par le trocart capillaire est celui que produit une piqûre accidentelle faite avec une aiguille.

Le liquide acidulé, en arrivant au contact des tissus, produit une cuisson qui rappelle la sensation produite par l'application d'une goutte d'eau vinaigrée ou alcoolisée sur une petite écorchure récente de la peau.

L'injection faite, le membre reste parfaitement libre dans ses mouvements.

La dose de sel contenue dans chaque injection était de 10 centigrammes. Je n'ai éprouvé aucun des effets nerveux qu'accusent beaucoup de malades : ni tintements d'oreille, ni étourdissements, etc. ; mais dix minutes à peu près après la première injection, j'ai ressenti dans l'arrière-bouche un goût amer, désagréable, me rappe-

lant un peu la saveur du sulfate de quinine. Cette sensation, preuve évidente de l'absorption et de la diffusion du sel quinique, ne s'est pas reproduite aux injections suivantes.

J'ai répété trois fois l'injection, à chacun des bras et à la cuisse. Cette dernière seule a provoqué dans le cours de la journée quelques douleurs que je crois dues à l'excitation produite par la marche sur les lymphatiques irrités par l'injection. Ce sentiment douloureux a diminué dans le cours de la nuit et n'a eu aucune suite fâcheuse.

Cette dose totale de 30 centigrammes de sulfate de quinine a suffi pour enrayer complétement les malaises fébriles dont je souffrais.

B. *Absorption immédiate du sulfate de quinine administré en injection sous-cutanée pendant le cours d'un accès de fièvre intense. Manifestation rapide de ses effets.*

Obs. III. Le sieur Plan***, ouvrier serrurier, homme vigoureux, âgé de trente-cinq ans, d'habitudes sobres et réglées, dans des conditions assez satisfaisantes d'aisance, a été atteint une première fois, il y a dix-huit mois, d'une fièvre quarte gagnée sur un chantier des bords de la basse Loire. Les accès, malgré un traitement varié, ont persisté pendant près de six mois. Depuis lors sa santé est demeurée bonne. Dans les derniers jours de décembre 1864, par une température froide et humide, il fut repris de malaises qui revinrent régulièrement en quarte. Il ne se soumit d'abord à aucun traitement; aussi l'affection s'aggrava-t-elle, et, après avoir subi quatre de ces accès bénins, il fut pris au cinquième d'un frisson énergique, avec céphalalgie, douleurs de rein, point de côté. L'accès fut cependant assez court, et pour cette fois encore cet homme négligea tout traitement; aussi l'accès suivant survint-il avec une grande intensité. Quand j'arrivai auprès du malade, je le trouvai en pleine fièvre : la peau sèche et brûlante, la face vultueuse, le pouls battant 135 fois par minute, la respiration courte et anxieuse.

Je fis immédiatement une injection de 15 centigrammes de sulfate de quinine. La sudation survint une heure après, et au bout de trois heures la fièvre cessait, arrivant ainsi à terminaison complète plus rapidement que l'accès précédent, malgré la plus grande énergie des accidents du début.

Je répétai une injection de 20 centigrammes le lendemain et une de 10 le surlendemain.

L'accès suivant (le 7e) manqua; il ne fut indiqué que par un léger malaise.

Deux autres injections de 10 centigrammes, pratiquées à vingt-

quatre heures d'intervalle l'une de l'autre, complétèrent le traitement et assurèrent la guérison.

Ce malade se soumit de fort bonne grâce à l'emploi de mon procédé. Il ignorait, lors de la première injection, le nom de la substance que j'avais employée ; aussi ce ne fut pas sans une certaine inquiétude qu'il m'accusa le lendemain le développement de bourdonnements d'oreille fatigants, survenus dix minutes environ après mon départ, bourdonnements qu'il comparait à ceux que lui avaient occasionné les hautes doses de sulfate de quinine qu'il avait à maintes reprises absorbées dix-huit mois auparavant. Je signale ce fait comme preuve évidente de l'absorption rapide et intégrale du médicament injecté, même pendant le cours d'un violent accès.

Obs. IV. La femme Gend***, jardinière, est depuis longtemps atteinte d'accidents liés à une affection chronique périutérine. Elle a offert également à plusieurs époques des accès intermittents parfaitement nets.

Au mois de février dernier, je fus appelé auprès d'elle. Je la trouvai en proie à un violent accès de fièvre, dont le caractère intermittent était suffisamment indiqué par l'existence antérieure de plusieurs autres accès légers, pour le traitement desquels, en raison de sa semi-indigence, elle n'avait point eu recours aux soins du médecin.

Je prescrivis pour le lendemain matin, 16, le sulfate de quinine. Je revins le lendemain seulement dans l'après-midi; je trouvai cette femme en proie à un accès aussi violent que celui de la veille et j'appris que la quinine avait été vomie presque immédiatement après son ingestion. Une nouvelle dose fut prescrite pour le lendemain matin, 17. Quand je revins dans la matinée, la quinine avait cette fois encore été rejetée; la malade, dans une agitation extrême, offrait des phénomènes de congestion thoracique et céphalique d'une gravité réelle. Il fallait à tout prix administrer et faire conserver le sulfate de quinine. J'eus alors recours à une injection immédiate de 20 centigrammes de sulfate de quinine sous la peau du bras, puis j'abandonnai la malade sans autre traitement.

Ce procédé produisit cette fois encore ses résultats habituels. L'accès fut de trois heures plus court que celui de la veille. Je pratiquai le soir une seconde injection de 15 centigrammes pendant l'apyrexie, et je fus assez heureux pour ne voir survenir le lendemain, chez ma malade, qu'un accès léger et beaucoup plus court. L'administration par la bouche de deux doses de 50 centigrammes de sulfate de quinine, qui furent parfaitement supportées, suivies

pendant quelques jours de l'usage de la poudre de quinquina unie au fer, complétèrent la guérison qu'avait si heureusement commencée l'injection sous-cutanée du sel quinique.

C. *Emploi du sulfate de quinine en injections sous-cutanées dans les cas où, soit par le fait de douleurs gastriques réelles, soit par le fait de préjugés, il existe un obstacle à l'administration du sulfate de quinine par la bouche.*

Obs. V. Une jeune femme de vingt-sept ans, Mme Cha***, habite aux environs de Nantes, sur le versant d'un petit coteau qui domine la Sèvre et aboutit aux prairies basses qui bordent la rivière.

J'ai eu depuis quelques années de fréquentes occasions de consulter Mme Cha*** pour des accidents pulmonaires qui se rattachent à une tuberculisation au premier degré des deux sommets pulmonaires.

Cette jeune femme, très-nerveuse, très-excitable, est d'une extrême susceptibilité à l'action de tous les médicaments. Le sulfate de quinine, entre autres, cause des douleurs gastralgiques fort pénibles, que ne peuvent amender ni les préparations d'opium ou de belladone quo j'y ai souvent associées, ni les aliments au milieu desquels j'ai plusieurs fois tenté de faire passer, comme inaperçus, les sels quiniques. Des vomissements ont été le plus habituellement le résultat de ce mélange.

Cette malade a cependant été à plusieurs reprises atteinte d'accidents à marche intermittente, heureusement fort bénins, dont le traitement a toujours dû, quoi qu'il ait été fait et malgré la répugnance du sujet, se terminer par l'emploi des préparations quiniques.

A la fin de janvier, des accès de ce genro, à type double tierce, vinrent à nouveau compliquer une bronchite préexistante, et aggraver notablement son pronostic en augmentant la toux et en provoquant des congestions pulmonaires quotidiennes.

Administrer le sulfate de quinine était en pareille circonstance la première de toutes les médications. C'était cependant chose d'autant plus difficile que l'état de souffrance do la malade exagérait sa susceptibilité nerveuse et qu'elle se refusait obstinément à l'emploi d'une substance dont elle connaissait par expérience les effets douloureux.

J'eus alors recours aux injections. J'en pratiquai successivement une de 15 centigrammes de sel quinique et deux de 10 centigrammes, en associant à la quinine quelques gouttes d'une solution morphinée.

Cette pratique fut suivie d'un plein succès. La malade ne ressentit aucun des accidents gastralgiques qui suivaient chez elle l'absorption stomacale de la quinine ; en revanche, elle perçut des bourdonnements et des tintements d'oreille, qui ne furent cependant jamais assez violents pour être gênants.

La fièvre disparut, et deux nouvelles injections, faites à deux jours d'intervalle, confirmèrent la guérison.

Obs. VI. Je puis, à côté du fait précédent, en rapporter un autre, ayant avec celui-ci la plus grande analogie, à cela près que l'obstacle à l'administration du sulfate de quinine tenait plutôt peut-être à un préjugé populaire qu'à l'intensité des accidents gastriques produits par le sulfate de quinine.

Mme C***, soixante-trois ans, habite Nantes pendant l'hiver. Depuis longtemps affectée d'accès de gravelle et de rhumatisme noueux, elle a, pendant de nombreuses années, reçu les soins de mon regretté maître M. Marchand. Depuis la mort de ce dernier, j'ai eu de temps à autre occasion de lui donner des soins.

Dans les premiers jours de janvier, cette dame fut prise d'accès de fièvre quotidiens de l'espèce larvée, caractérisés presque uniquement par une extrême douleur gastralgique avec un sentiment persistant de nausée et de suffocation. Ces accidents duraient plusieurs heures, accompagnés d'un refroidissement général du sujet que dominaient avec peine les moyens artificiels de caléfaction. Avec la période de chaleur, relativement courte, commençait la rémission des accidents douloureux.

Je voulus administrer le sulfate de quinine, mais je rencontrai chez cette dame une opposition opiniâtre. Elle savait par expérience, prétendait-elle, et, de plus, elle avait toujours entendu dire que le sulfate de quinine « ruinait l'estomac. » Elle répugnait donc en toute circonstance à son usage, et, cette fois, le siége de ses douleurs s'opposait plus que jamais à l'emploi de ce médicament.

Je ne cherchai point à combattre un préjugé que je ne serais point parvenu à déraciner. Je me bornai à obtenir d'elle l'autorisation de lui pratiquer quelques injections avec une substance dont je me gardai bien de lui dire le nom et qui n'était autre que du sulfate de quinine.

Je fis trois injections ; les deux premières de 15 centigrammes, la troisième de 10, toutes trois additionnées d'un peu de codéine et d'atropine. J'obtins ainsi, sans autre médication, la guérison des accidents fébriles et des phénomènes nerveux qui s'y rattachaient.

Obs. VII. On peut rapprocher des faits ci-dessus un autre cas

survenu dans des conditions toutes différentes : le sulfate de quinine, rejeté par les voies habituelles d'ingestion, n'a pu être absorbé et produire ses effets que par l'injection hypodermique.

Il s'agit d'un jeune enfant d'environ neuf mois que j'ai eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Henry, alors que je dirigeais ce service en qualité de suppléant.

Cet enfant, couché au n° 4 de la salle Saint-Vincent, était affecté de retours fébriles quotidiens qui menaçaient de revêtir une gravité réelle. On avait tour à tour administré le sulfate de quinine sous forme de solution par la bouche et en lavements, sans obtenir aucun résultat. L'enfant, quoi qu'on fit, rejetait immédiatement les médicaments ingérés. On eut recours aux frictions de sulfate de quinine; l'effet en fut, comme de coutume du reste, presque nul. C'est à ce moment que j'eus recours aux injections hypodermiques. J'en pratiquai une première avec une solution de 5 centigrammes; l'interne du service en pratiqua deux autres, le lendemain et le surlendemain avec la même dose de médicament. Ces trois injections, formant un total de 15 centigrammes de substance active, enrayèrent complétement les accidents fébriles.

(*La fin au prochain numéro.*)

De l'emploi de l'aconit dans l'anasarque scarlatineuse.

Par M. le docteur Léon Marcq, membre titulaire de la Société des sciences médicales de Bruxelles.

L'aconit n'a pas encore, que nous sachions du moins, été employé comme base de traitement dans l'anasarque scarlatineuse. Il convient, puisque nous attachons à ce médicament une haute importance, que nous entrions dans quelques détails à son sujet.

En bien des circonstances, l'aconit [1] nous a été d'un grand secours dans la médecine infantile : « Déprimant le système nerveux, ralentissant la circulation avec cette heureuse condition qu'il n'exerce pas d'influence nuisible sur l'intellect [2], » il nous a souvent servi

---

(1) La préparation dont nous faisons usage est l'alcoolature de la plante entière, à la dose moyenne de 50 centigrammes par jour dans une potion appropriée.

On sait que les autres préparations (à l'exception peut-être de l'extrait alcooliquo de racines préconisé par M. Hirtz, professeur de clinique médicale à Strsbourg) sont considérées comme très-variables et très-incertaines dans leur composition aussi bien que dans leurs effets.

(2) *Dublin medic. Press*, 14 août 1861.

et nous sert tous les jours encore dans ces mouvements fébriles sans substratum organique fréquents dans l'enfance. Dans les phlegmasies même, il nous a été avantageux pour modérer la fièvre. Le plus souvent, dans l'un et l'autre cas, nous lui avons dû l'atténuation des symptômes nerveux, la diminution de la réaction fébrile et la transformation en douce moiteur ou bien en sueurs critiques de la cuisson mordicante du système cutané.

Il est donc naturel que dans certains cas d'anasarque avec fièvre et chaleur sèche nous ayons pensé à l'administrer. C'était là, de notre part, une façon d'agir légitime et logique et non pas de l'empirisme.

Or, il s'est trouvé que là où nous croyions soulager nous avons guéri. Au lieu de mitiger un symptôme, c'est parfois une véritable crise que nous avons déterminée. Les sueurs que les sudorifiques internes (nous ne pouvions penser aux fumigations dans les familles pauvres) ne produisaient pas, nous les obtenions avec la plus grande facilité au moyen d'une potion que nous croyions devoir être simplement calmante.

Engagé dans cette voie, nous n'avons eu qu'à y persévérer.

Mais il convenait, en outre, de nous rendre un compte le plus exact possible du mode d'action de l'aconit, afin de ne pas marcher à l'aventure, d'autant plus que deux cas d'insuccès nous avaient prouvé que, du moment où il y a épanchement dans les séreuses et défaut de réaction, le médicament n'a plus d'action favorable. C'est ce à quoi nous nous sommes appliqué de notre mieux.

L'action physiologique locale est celle des médicaments irritants; absorbé, il détermine à la peau une sorte de picotement que M. Hirtz compare « à un scintillement électrique, » puis ont lieu des vertiges, de la diurèse, des troubles de la vue et de la respiration, un abaissement de la circulation. « Si nous lui cherchons des parentés, dit M. Hirtz, parmi les agents de la matière médicale, nous le placerons entre la vératrine et la quinine. »

Ces propriétés physiologiques ne sont pas entièrement d'accord avec les propriétés physiologico-pathologiques qui lui sont reconnues. Chose qui ne nous étonne nullement, puisqu'on ne peut toujours exiger que des organes dans un état anormal réagissent comme le feraient des organes dans toute leur intégrité (1).

C'est ainsi que, sauf le picotement cutané, nous ne trouvons rien

(1) Nous pourrions citer plus d'un médicament, du reste, dont les propriétés thérapeutiques ne devraient guère être que très-incomplétement déduites des

qui fasse présager une action diaphorétique. Au contraire, la calorification s'abaisse, la peau pâlit.

D'un autre côté, une diurèse se produit que nous ne retrouvons plus dans l'aconit agissant comme médicament. M. Trousseau attribue ce pouvoir à son action sur le système nerveux, pouvoir que partage la ciguë, la jusquiame, le datura, etc.

Au point de vue de son usage en thérapeutique, nous trouvons que l'aconit a été employé avec succès, entre autres, contre des affections nerveuses (action sur le système nerveux); contre des affections générales : rhumatisme, goutte, syphilis (action sur la nutrition interstitielle par l'intermédiaire du trisplanchnique); contre des affections cutanées inflammatoires (action tempérante de la circulation ou élective sur le derme) et enfin, depuis les travaux de Tessier, contre la diathèse purulente (action antiseptiqne plus obscure, que nous nous abstenons de définir, mais qui n'en a pas moins été constatée par des observations dignes de foi).

Schrofft seul le recommande contre les épanchements pleurétiques. Il dit avoir guéri par son intermédiaire, mais nous ignorons en produisant quels phénomènes.

De cette courte énumération thérapeutique, comparée en certains points à l'action physiologique de l'aconit, et de la notion que nous avons acquise de la nature de la scarlatine et de la pathogénie de l'anasarque, il résulte pour nous que ses propriétés sur l'assimilation et la désassimilation, sur la circulation, sur l'enveloppe tégumentaire, sur la septicémie, sont précisément de l'ordre de celles que nous sommes en droit de réclamer de l'agent à mettre en usage dans l'anasarque scarlatineuse.

Mais il ressort de là également qu'on ne peut en faire emploi qu'à condition de rencontrer dans l'organisme une résistance sur laquelle on puisse agir en la modifiant. En somme, il y a production, avant la réaction cutanée, d'une dépression qu'il ne faut pas perdre de vue parce que le sujet doit être à même, non-seulement de la supporter, mais encore parce qu'il convient que cette dépression ramène à l'état normal plutôt qu'il n'en éloigne.

C'est ainsi donc que dans tous les cas où l'anasarque scarlatineuse se rencontre avec une acuïté suffisante, il est bon de pres-

---

propriétés physiologiques. D'où il suit que s'il faut prêter à ces dernières toute l'attention qu'elles méritent, il ne faut cependant pas les prendre comme base unique de conduite. La clinique, ici pas plus qu'ailleurs, n'abdique ses droits souverains.

crire l'aconit, et répétons encore pourquoi : c'est parce que c'est sur la cause productrice du mal et non sur le symptôme que l'on agit, et parce que le symptôme lui-même est immédiatement atteint, sans qu'un organe quelconque ait à pâtir.

Ces mêmes propriétés de l'aconit ne peuvent-elles être invoquées pour le traitement de la scarlatine pendant la période éruptive [1] ? Abaisser l'ardeur fébrile, favoriser l'éruption dans son évolution naturelle, sont des résultats que nous en avons obtenus. Pouvons-nous dire que nous avons ainsi prévenu l'anasarque ? C'est là un point trop délicat et nous n'oserions l'affirmer, bien que nous penchions volontiers à le croire.

Nous avons donné l'aconit à petites doses continuées plusieurs jours dans la scarlatine, pendant la convalescence, dans un but prophylactique, et des anasarques ne se sont pas montrées. Mais l'épidémie était alors dans sa décroissance, les complications étaient l'exception, et notre expérimentation ne prouve que son innocuité.

C'est quelque chose, puisqu'elle permet ainsi de nouvelles recherches. Au surplus, c'est là surtout le but que nous voudrions atteindre. Nous sommes le premier à reconaître ce que nos observations et nos déductions présentent d'incomplet. Nous désirons les voir sanctionnées par des expérimentations nouvelles.

Ce n'est pas un moyen empirique que nous proposons ; en effet, il repose maintenant sur des assises qui lui permettent, croyons-nous, de se présenter dans des conditions telles que le praticien sache à la fois toujours et ce qu'il fait et pourquoi il le fait.

Ce n'est pas non plus un spécifique que nous préconisons. Sans en définir le sens intime, nous avons constaté un rapport d'adaptation entre un état pathologique et une puissance thérapeutique. Les faits qui se sont succédé, nous ont démontré la légitimité de notre première remarque, et nous avons essayé de remonter quelque peu le chemin difficile des explications pathogéniques, et celui des modalités médicatrices, simplement dans le but de dégager, non le fait primordial, mais ceux qui en découlent ou pourraient en découler, du reproche d'empirisme ; dans le but encore de mieux sa-

[1] Dans deux cas de variole confluente à la période de suppuration : fièvre violente et délire calmé comme par enchantement. Nous n'avons pas expérimenté dans la rougeole. Il va de soi que tout ce que nous avons vu dans les autres fièvres éruptives ne peut que nous convier à le faire ; d'autant plus que les vertus antiseptiques de l'aconit, si elles ne sont pas encore tout à fait admises, sont au moins suffisamment en question pour motiver son emploi dans les circonstances où le sang est atteint dans son essence.

voir jusqu'où il faut aller et où l'on doit s'arrêter. Ce que nous avons vu donc, ce à quoi nous croyons, c'est que ce médicament, l'aconit, ne jouit pas encore de la faveur qu'il mérite. C'est qu'il a dans la scarlatine une action utile, bienfaisante, à rayonnements multiples, c'est qu'il a, dis-je, dans la scarlatine et probablement dans les fièvres éruptives, une valeur telle, que, si nous ne nous trompons, c'est en lui que la clinique est appelée à puiser les armes les plus précieuses.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du torticolis chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Le torticolis est une courbure du cou, avec inclinaison involontaire vers l'une des épaules; c'est le plus souvent un symptôme qui présente des différences suivant les cas, et qui réclame en général des traitements différents suivant les maladies qui en sont la cause. Il peut dépendre de maladies aiguës et de maladies chroniques; ainsi :

1° Le torticolis observé chez les nouveau-nés dépend d'une faiblesse des muscles d'un côté du cou; l'équilibre, dans ce cas, ne se rétablit qu'en fortifiant le côté opposé à l'inclinaison, et quelques jours suffisent le plus souvent;

2° Un érysipèle, un phlegmon, un engorgement, une brûlure récente sur l'un des côtés du cou, un rhumatisme déterminent un torticolis et réclament le traitement de la maladie qui en est la cause. Ce genre de torticolis est plus ou moins grave, suivant la maladie qui l'a déterminé;

3° Des maladies chroniques, telles que les paralysies, les arthrites cervicales, les caries des vertèbres, le rachitisme de la région cervicale et les cicatrices vicieuses des brûlures qui déterminent une déviation du cou, nécessitent des traitements appropriés;

Enfin, le torticolis déterminé par rétraction musculaire, qui est celui dont nous voulons principalement nous occuper dans cet article, consiste dans une inclinaison latérale du cou, occasionnée par le raccourcissement d'une seule ou des deux portions du muscle sternocléïdo-mastoïdien, fait bien démontré, quand on examine avec attention un cas de ce genre, et sur lequel Albinus et Mickel étaient d'accord.

En faisant respirer un individu on voit, comme l'a bien fait remarquer M. Guérin, que le sterno-mastoïdien est moteur de la tête, et le cléido-mastoïdien est inspirateur.

Les causes de cette difformité sont obscures; elle peut dépendre d'un arrêt de développemeut, de convulsions déterminant la rétraction musculaire.

En étudiant attentivement les symptômes de cette rétraction, on voit l'inclinaison de la tête soit à droite, soit à gauche, la diminution de longueur soit du cléido-mastoïdien, soit du sterno-mastoïdien; de plus l'inclinaison de la région cervico-dorsale opposée à l'inclinaison de la tête.

La rétraction siége le plus souvent sur le faisceau sternal du muscle; quelquefois cependant, le faisceau claviculaire l'est conjointement avec le premier. Le muscle rétracté est plus court, moins volumineux, et cela d'autant plus que le sujet est plus avancé en âge.

Les muscles de la face, du côté de la rétraction, sont tous moins développés, atrophiés; les mouvements de la tête se font tout d'une pièce avec les épaules, et sans douleurs.

Lorsqu'on porte la tête du côté opposé à la flexion, on voit le muscle se tendre sous la peau et empêcher l'inclinaison de la tête du côté opposé. On remarque aussi très-souvent une tension du trapèze, qui est plus ou moins rétracté.

Cette difformité abandonnée à elle-même ne peut aller qu'en s'aggravant. Le corps des vertèbres se tasse du côté de la courbure. il n'y a, en général, qu'une opération et les moyens mécaniques qui en puissent triompher.

Les bandages employés anciennement, au début de la déviation, restent presque toujours sans résultat; on peut les mettre en usage pour préparer les individus à porter des appareils mécaniques, mais sans compter sur eux seuls; il faut, de plus, pratiquer une opération à laquelle on avait pensé il y a longtemps: Tulpin, Chéselden l'ont pratiquée; plus tard Dupuytren, Roux, Magendie, Diffenbach ont fait la section du muscle, mais d'une manière vicieuse. C'est depuis MM. J. Guérin et Bouvier que l'on pratique avec régularité et presque certitude l'opération admise aujourd'hui; nous voulons dire l'opération par la méthode sous-cutanée.

Laissant de côté les bandages qu'on avait conseillés anciennement, tous les chirurgiens, pour agir contre la déviation, en sont venus à l'usage d'un collier mécanique, que tous les bandagistes exécutent

plus ou moins bien et qui doit être préféré à tous les autres, à moins qu'on ne se trouve dans l'impossibilité de se le procurer.

Ce collier consiste en deux portions solides, faites en plaques métalliques garnies et matelassées convenablement, dont l'une s'applique sous la base du crâne et sous la mâchoire inférieure, l'autre s'applique sur la partie supérieure du thorax, sur les épaules et les clavicules; elles sont toutes deux maintenues écartées l'une de l'autre, à l'aide de tiges métalliques qui montent sur les parties latérales du cou, et qu'on peut allonger plus ou moins d'un seul côté ou des deux, de manière à éloigner la tête de la base du col, et à la renverser dans un sens ou dans un autre.

Un de ces colliers mécaniques étant approprié au sujet qu'on veut opérer et disposé de manière à bien remplir les indications, on habitue l'enfant à porter cet appareil pendant quelques jours, et c'est alors qu'on se décide à pratiquer l'opération.

Manuel opératoire. — Les chirurgiens ont complétement renoncé aux procédés anciens dans lesquels on divisait la peau d'abord et les muscles ensuite, source de grandes difficultés pendant et après l'opération. On met en usage la méthode sous-cutanée, très-simple et très-facile. Il est quelquefois nécessaire de couper la portion sternale, la portion claviculaire et même le bord du trapèze, que nous avons vu rétracté. Il faut donc, avant d'agir, tâcher de décider à l'avance, par un examen attentif, si l'on aura à diviser un seul ou plusieurs des muscles indiqués; on doit cependant ne pas ignorer que, si l'on n'obtient pas après la section principale du muscle sterno-mastoïdien le redressement complet, il faut, en général, agir de suite sur les autres portions qui font saillie et qui s'opposent à la réussite complète de l'opération. De cette manière, on évite de revenir plusieurs jours après à la section, soit du cléïdo-mastoïdien, soit du bord du trapèze.

Dans tous les cas, il faut coucher le malade sur le côté opposé à celui où l'on doit agir; si l'enfant est remuant et indocile, il vaut mieux le chloroformer. Il faut étudier sur le patient la disposition des veines superficielles qui rampent sous la peau dans la région inférieure du cou près du sternum et de la clavicule. La disposition de ces veines est variable; elles peuvent gêner quelquefois par leur volume. Il est bon de les éviter le plus possible. L'enfant sera tenu de manière à faire saillir le faisceau musculaire retracté. Pour cela, la tête sera portée en sens inverse de l'inclinaison; de cette manière, non-seulement on fait saillir le muscle, mais on l'écarte des parties sous-jacentes, ce qui permet d'en éviter la lésion.

Alors l'opérateur, faisant un pli à la peau dans la direction des fibres du tendon, doit se servir d'un ténotome droit et pointu ; il plonge, à la base du pli, entre la peau et le muscle, à 10 ou 15 millimètres au-dessus de l'insertion du muscle, en conduisant l'instrument transversalement, la lame à plat et sans la pousser, de manière à ne point percer la peau de l'autre côté. Ce premier temps étant fait, on se sert d'un ténotome boutonné concave sur le tranchant ou convexe; après l'avoir introduit à plat par le trajet pratiqué, on le dirige de manière à placer le tranchant en avant des fibres du tendon et on presse d'avant en arrière pour diviser le tendon dans cette direction, en pressant plutôt qu'en sciant, afin d'éviter d'arriver à la section complète trop brusquement. Nous préférons agir ainsi; on peut cependant introduire le ténotome en arrière du tendon et alors diriger le tranchant en avant pour faire la section d'arrière en avant sans diviser la peau, ce qui rend l'opération plus délicate.

Lorsque, après la section de cette portion principale, on voit encore, en inclinant la tête, le muscle cléïdo-mastoïdien faire saillie, on doit agir de même sur lui et de même aussi sur le trapèze, dont on se contente de diviser le bord saillant.

Dans la plupart des cas, on peut se borner à la division du sterno-mastoïdien. Deux fois, pour ma part, j'ai été obligé de diviser le cléïdo-mastoïdien.

Après ces sections, il ne faut pas espérer avoir de suite un redressement complet; il y a encore de la rétraction passive, comme l'appelle M. Guérin, dans les muscles profonds du cou, qui ne cède que lentement avec les appareils.

Une fois l'opération pratiquée, on doit appliquer sur la piqûre une bandelette de taffetas d'Angleterre; on place quelques tours de bande et on attend trois ou quatre jours pour que la plaie de la peau soit bien cicatrisée. Il ne faut pas s'effrayer d'un peu d'épanchement de sang qui se fait quelquefois sous la peau, cela dépend de quelques veines sous-cutanées divisées.

Au bout de trois ou quatre jours la plaie de la peau est fermée; le sang épanché se résorbe et on peut alors penser au traitement mécanique.

En effet, il faut être bien convaincu que, la section des muscles opérée, le redressement de la tête commence à être facile; mais il est encore fort incomplet, car les muscles profonds, par leur rétraction passive, s'opposent à l'inclinaison et à la rotation de la tête ; d'un autre côté, les muscles divisés tendent à se rapprocher,

et ce n'est qu'en tenant les bouts de muscles écartés qu'on peut arriver à une guérison; encore n'est-elle jamais très-complète, à cause de la rétraction des muscles profonds qu'on n'a pu atteindre, et à cause de l'affaissement du corps des vertèbres, qu'on ne peut faire disparaître complétement.

Quoi qu'il en soit, il faut en venir, trois ou quatre jours après la section musculaire, au traitement mécanique, sans lequel le résultat reste incomplet. Ce traitement mécanique est souvent destiné à combattre l'inclinaison cervico-dorsale et la rétraction des muscles profonds. Il pourrait se faire avec des bandages inclinant la tête; mais cela ne réussit pas. Il n'y a de réellement utile et convenable que l'appareil mécanique connu sous le nom de *casque*, appliqué à un lit orthopédique, ou bien une minerve; ou, ce qui est plus simple encore, le collier mécanique dont nous avons parlé. Il se trouve chez beaucoup de bandagistes mécaniciens, avec des modifications, des additions plus ou moins ingénieuses, destinées à faciliter les inclinaisons du cou et de la tête dans toutes les positions, à combattre l'inclinaison principale et les inclinaisons secondaires déterminées par l'action des muscles et par la courbure de la région cervicale.

Ce collier doit être appliqué avec beaucoup de soin pour éviter des excoriations; et doit être retiré dans diverses circonstances, mais seulement pour quelques instants. Au début, il doit être porté très-longtemps, et d'autant plus longtemps que le sujet est plus âgé; aussi est-il avantageux de commencer le traitement du torticolis ancien le plus tôt possible, et nous croyons qu'il est bon d'opérer les enfants vers deux ou trois ans.

Nous devons ajouter qu'il est convenable, en général, de faire de préférence cette opération dans la saison où il y a le moins de maladies aiguës chez les enfants, pour éviter que les premiers jours du traitement ne soient compliqués de quelque affection fébrile ou autre.

Lorsque le col paraît être revenu dans la rectitude normale, il est indispensable que les opérés n'abandonnent pas complétement leur collier; il faut qu'ils continuent à l'appliquer tous les jours, au moins quelques heures, et lorsqu'ils ne le portent pas, il faut qu'ils mettent une cravate dans laquelle on enveloppe un col ferme et résistant, qui continue à agir en portant la tête du côté opposé à l'inclinaison pathologique.

On doit enfin dire, pour terminer, qu'on n'obtiendra un succès durable qu'en agissant comme on le fait pour le pied-bot, en s'opposant constamment au retour de la difformité.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la dialyse et de son application à la recherche des substances toxiques. — De l'emploi de l'iodure de mercure et de potassium pour la recherche des alcalis organiques.

Par M. le docteur O. Réveil, professeur agrégé à la Faculté de médecine et à l'École de pharmacie.

Lorsque Graham découvrit les phénomènes de diffusion, il fut le premier qui appliqua la dialyse à la recherche des substances toxiques ; le savant chimiste isola ainsi l'acide arsénieux, l'émétique et la strychnine, mélangés avec des matières organiques ; quoiqu'il ait divisé les substances en colloïdes qui ne se dialysent pas, et en cristalloïdes qui traversent les membranes, il constata, dès le début, que les calloïdes se dialysaient, quoique en de minimes proportions.

Le problème le plus important qui intéresse le chimiste lorsqu'il s'agit de constater la présence d'une substance toxique mélangée à des matières organiques, consiste à séparer le poison dans le plus grand état de pureté possible, de manière à le soumettre à l'action des réactifs qui le caractérisent ; deux méthodes sont employées dans ce but : l'une, qui consiste à détruire les matières organiques par calcination, carbonisation ou dissolution ; elle est applicable à tous les cas de recherche de substances minérales. La seconde méthode, réservée pour les poisons organiques, a pour but de séparer les matières étrangères, soit par l'ébullition au contact de l'eau, soit par les dissolvants.

L'impossibilité d'isoler les alcalis organiques à l'état de pureté dans les cas d'empoisonnement était professée il y a encore peu d'années (voir Christison, *A Treatise on poisons*); mais aujourd'hui, grâce aux recherches de M. Stas, on peut, dans le plus grand nombre de cas, séparer assez facilement les alcalis organiques à un état suffisant de pureté.

Mais la méthode de Stas, que tous les chimistes connaissent et que tous les toxicologues mettent en pratique, présente l'inconvénient d'être très-longue dans son exécution ; on a donc dû se demander s'il ne serait pas possible d'opérer par la dialyse cette séparation des matières organiques et cet isolement des alcaloïdes purs ; quelques tentatives faites dans ce sens ont semblé donner des résultats satisfaisants. Ce travail a pour but de déterminer quelle est la valeur réelle de la dialyse pour la recherche des poisons.

La séparation des cristalloïdes par le dialyseur n'est pas aussi prompte qu'on le pense, lorsque surtout les matières grasses ou albumineuses se trouvent dans le liquide; c'est le cas de toute recherche dans un empoisonnement. J'ai constaté, dans mes expériences, que dans l'eau pure, ou à peu près pure, la dialyse se faisait assez rapidement; mais, lorsqu'il s'agit d'un liquide à composition complexe, comme le lait, le vin, l'infusion de café, l'urine, le bouillon, etc., elle est très-retardée. J'ai établi, par de nombreuses expériences, que la séparation des cristalloïdes par le dialyseur était d'autant plus empêchée, que ces corps se trouvaient mélangés avec des substances grasses albumineuses ou des extractives; mais qu'on hâtait la séparation en changeant la membrane du septum et l'eau du vase inférieur toutes les vingt-quatre heures.

Au moyen d'un endosmomètre dialyseur que j'ai fait construire, il m'a été possible de constater que les sels se dialysent dans le vase inférieur, et que l'eau s'endosmose dans le vase supérieur.

Mon mémoire est divisé en deux parties :

Dans la première, après quelques généralités sur la dialyse et son historique, j'étudie successivement les faits relatifs à son application à la recherche du phosphore, de l'iode, des acides chlorhydrique, sulfurique, arsénieux, arsénique, les arsénites et les arséniates, le sulfate de cuivre, les sels de fer, de zinc, de plomb, de mercure, d'étain.

Relativement aux poisons qui appartiennent à la partie de la chimie que l'on est convenu d'appeler *minérale*, j'arrive à cette conclusion, que la dialyse peut être appliquée à leur recherche, quoique la séparation soit longue et incomplète et que les colloïdes traversent suffisamment les membranes pour masquer certaines réactions chimiques.

Il sera toujours nécessaire, avant de soumettre au dialyseur un liquide à composition complexe, de séparer le mieux possible les matières grasses et albumineuses; pour cela on portera les liquides à l'ébullition et on filtrera; les coagulum seront réunis, bouillis avec de l'eau très-légèrement acidulée, et les liquides obtenus seront soumis au dialyseur. Dans les cas de résultats négatifs, on pourra agir sur tous les résidus par les méthodes ordinaires d'investigation des poisons minéraux.

Dans la deuxième partie, je traite les applications de la dialyse à la recherche des poisons organiques, mes expériences ont successivement porté sur les alcaloïdes suivants ou leurs sels : morphine, strychnine, nicotine, atropine, quinine, cinchonine,

brucine, narcotine, vératrine, aconitine, daturine, digitaline, j'ai constaté que le dialyseur pouvait être employé pour la séparation des alcalis organiques, quoique cette séparation soit longue et très-incomplète, et que les matières colorantes et extractives qui traversent les septum et qui accompagnent l'alcali organique, puissent troubler et masquer les réactions chimiques qui caractérisent ces poisons. J'ai constaté, en outre, que, dans le plus grand nombre des cas, quel que fût le procédé de séparation qui ait été employé pour isoler les alcalis organiques, les caractères chimiques étaient insuffisants pour *affirmer en justice* leur identité; et que toujours on devait, autant que possible, avoir recours à l'expérimentation physiologique.

La présence des matières extractives, grasses et albumineuses, nuit au passage des poisons organiques comme à celui des substances minérales; il faudra donc chercher à les séparer autant que possible par l'ébullition et des dissolutions répétées; on devra, en résumé, associer la méthode de Stas à la dialyse, soit qu'on opère sur des liquides bruts, soit qu'on ait affaire à des liquides déjà dialysés.

Cette seconde partie de mon travail renferme des expériences nombreuses et très-curieuses sur l'application de l'iodure double de mercure et de potassium à la recherche des alcalis organiques. J'ai cherché à déterminer le degré de sensibilité de ce réactif, préparé d'après des proportions définies, par rapport à chaque alcaloïde. J'ai constaté que les précipités d'iodure double de mercure et d'alcaloïde avaient des propriétés physiques et chimiques qui permettaient de les reconnaître. J'ai déterminé leur couleur, leur point de fusion, leur degré de solubilité, etc., etc.; enfin, j'ai fait agir sur eux divers réactifs qui ont permis de les caractériser, et j'ai dressé un tableau de leurs propriétés chimiques.

Je dois signaler un fait extrêmement curieux, qui s'est présenté à mon observation dans le cours de mes expériences, il est relatif aux phénomènes de dimorphisme que présentent les iodures doubles de mercure et d'alcaloïdes; ils semblent tenir ces propriétés dimorphiques du bi-iodure de mercure, qui les possède à un haut degré. Je n'ai pu que ébaucher les faits relatifs à ces changements moléculaires, d'autant plus qu'ils étaient tout à fait étrangers aux questions de toxicologie que je désirais traiter; ils pourront faire l'objet d'études postérieures.

Après cet exposé rapide des faits, il ne me reste plus qu'à les résumer dans quelques propositions générales.

Conclusions. — 1° La dialyse, c'est-à-dire la séparation des substances cristalloïdes, d'avec les colloïdes, au moyen d'une membrane ou d'un vase poreux, peut être appliquée dans quelques cas avec avantage à la recherche des poisons, et à leur séparation d'avec les matières organiques non cristallisables.

2° Dans ces recherches, il faut avoir soin que la membrane ou septum s'élève au-dessus du niveau de l'eau du vase inférieur, afin d'éviter la communication directe entre les deux liquides.

3° Comme pour l'endosmose, dont la dialyse diffère, il est nécessaire, pour que la séparation ait lieu, que la membrane soit perméable au moins à l'un des deux liquides.

4° La présence des matières grasses est un obstacle à la séparation, mais cet obstacle n'est pas absolu, il est d'autant plus grand que leur proportion est plus considérable, et qu'elles sont plus divisées (émulsionnées).

5° La séparation des colloïdes d'avec les cristalloïdes est d'autant plus rapide qu'il existe une plus grande différence de température entre les deux liquides, celui du dialyseur et celui du récipient, quoique l'équilibre ne tarde pas à s'établir.

6° La présence des substances albumineuses est un obstacle beaucoup plus grand, lorsqu'il s'agit de poisons qui peuvent contracter avec elles des combinaisons insolubles, tels sont les sels de cuivre, de mercure, de fer, de plomb, d'étain, etc. ; il faut, dans ces circonstances, et lorsque la dialyse aura fourni des résultats négatifs, porter le liquide à l'ébullition en présence d'un acide (nitrique, chlorhydrique), séparer le coagulum, le diviser, le faire bouillir avec de l'eau acidulée par le même acide, recueillir les liquides, les réunir et les soumettre au dialyseur; il faut, dans tous les cas, conserver les résidus, afin de les soumettre plus tard, s'il y a lieu, aux méthodes ordinaires d'investigation employées en toxicologie.

7° La présence des substances albumineuses n'est pas aussi nuisible avec les poisons non capables de se combiner avec elles, tels sont les alcalis organiques, les acides arsénieux, arsénique, les arsénites, les arséniates, et les cyanures alcalins, etc.; toutefois la dialyse s'effectue mieux et plus rapidement, lorsqu'on opère la séparation préalable par l'eau acidulée et l'ébullition; il faut, dans tous les cas, opérer sur les résidus coagulés.

8° La viscosité des liquides est un obstacle à la dialyse, celle-ci se fait d'autant mieux qu'elle est moins grande.

9° Quelles que soient les précautions prises dans les opérations,

la séparation des matières toxiques cristalloïdes n'est jamais assez complète, pour qu'on puisse agir directement sur le produit dialysé au moyen des réactifs ordinaires; c'est ainsi que les matières colorantes traversent suffisamment le septum, pour masquer les réactions caractérisées par des colorations des liquides ou des précipités : les matières extractives et albumineuses altérées les traversent également assez pour que, dans le cas de recherche de l'acide arsénieux et de l'émétique, il ne soit pas possible de mettre les liquides dialysés dans l'appareil de Marsh, sans produire de la mousse; avec des précautions, on peut toutefois se garer de cet inconvénient.

10° La séparation des alcalis organiques tenus en dissolution dans des liquides d'origine animale (lait, urine, sang, bouillon, bile, etc.), se fait lentement et d'une manière spéciale à chacun d'eux, le passage se continue quelquefois pendant cinq ou dix jours, on hâte cette séparation en changeant l'eau du vase inférieur et la membrane du septum toutes les vingt-quatre heures.

11° La présence des alcalis organiques peut être constatée dans les liquides dialysés, au moyen de l'iodure double de mercure et de potassium, et lorsqu'on agit sur un liquide incolore, on peut opérer directement sur le précipité pour caractériser l'alcaloïde qui le constitue.

12° Dans les recherches toxicologiques, il ne faut jamais employer le même dialyseur à deux opérations distinctes, malgré les lavages réitérés et des macérations prolongées, la membrane conserve longtemps des traces de poison (acides, sulfate de cuivre, sublimé, etc.).

13° Certains papiers parchemin cèdent à l'eau une matière analogue à la dextrine dont il faut tenir compte, lorsqu'on veut faire une détermination quantitative.

14° La dialyse appliquée à la recherche des poisons dans les matières animales et dans les plantes, sans avoir une valeur absolue qui doive la faire préférer à toute autre méthode de recherche, peut rendre des services à la médecine légale, elle a l'immense avantage, de n'altérer en rien les matières et de permettre toutes recherches subséquentes.

15° La dialyse associée à la méthode de Stas peut être d'un grand avantage, et faciliter l'isolement des alcalis organiques.

16° Certains alcalis organiques tels que l'atropine, l'aconitine, la daturine, la solanine, la vératrine, et parmi les corps neutres la colchicine, et la digitaline, ne sont pas suffisamment caractérisées

chimiquement : pour qu'on puisse affirmer en justice leur présence dans les matières suspectes, il faut absolument avoir recours à l'expérimentation physiologique.

17° La même expérimentation sera indispensable dans tous les cas où les alcaloïdes mieux caractérisés chimiquement, tels que la morphine, la strychnine, la brucine, etc., auraient été isolés impurs et mélangés avec des matières étrangères, qui en modifient ou en masquent les réactions.

18° Dans la diffusion des cristalloïdes à travers les membranes colloïdales, il s'établit, deux courants inverses ; l'un va de l'intérieur vers l'extérieur, c'est le cristalloïde, l'autre de l'extérieur vers l'intérieur, c'est l'eau, de sorte que le niveau du liquide augmente dans le dialyseur (Graham).

19° L'augmentation de volume du liquide dans le dialyseur ne se fait pas toujours également, elle varie ; elle va en diminuant à mesure que la dilution devient plus grande, par diminution de la proportion des substances cristalloïdes, et le passage de l'eau dans le vase supérieur.

20° Les acides et les alcalis gonflent les membranes, et augmentant leurs propriétés d'hydratation, facilitent la diffusion ; ce fait a d'ailleurs été parfaitement établi par Graham.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Quelques mots sur l'opium et son emploi dans le diabète sucré.

Par M. G. Pécholier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'avant-dernier numéro du *Bulletin de Thérapeutique* contient, dans le *Répertoire médical*, une courte note sur *l'action de l'opium comme astringent dans le diabète*. Elle résume l'opinion du docteur E. Anstie, qui est opposé à cette pratique. Comme je pense tout différemment, et que je crois à l'utilité très-réelle de l'opium dans le diabète, je désire exposer ici brièvement ma manière de voir et essayer de la légitimer.

Il est certain que si, avec les médecins anglais dont il est fait mention dans le *Bulletin de Thérapeutique*, je considérais l'opium comme un astringent du rein, je ne croirais guère à sa vertu dans le diabète. L'expulsion du sucre avec l'urine n'est qu'un symptôme, une conséquence. Pour l'expliquer, il faut remonter à une pertur-

bation de la nutrition. Or, c'est en agissant sur la nutrition que l'opium est utile dans le diabète. Je vais le démontrer en résumant ici ce que je pense sur l'action du suc du pavot. J'ai depuis plusieurs années beaucoup lu ce qui a été écrit sur ce médicament ; j'ai beaucoup réfléchi sur mes lectures, et j'ai avec soin interrogé l'expérience clinique. Chose singulière, il a fallu me convaincre qu'un médicament si anciennement employé était encore bien mal connu dans son action. Lorsque sont arrivées récemment les belles recherches communiquées par M. C. Bernard à l'Académie des sciences, j'ai fait comme tout le monde, je les ai lues avec avidité, mais si elles m'ont instruit de choses que j'ignorais, elles n'ont pas modifié des opinions formées au lit du malade. En attendant que je puisse exposer ces dernières dans leur intégrité, je les résume ici à l'appui de la thèse que je veux soutenir.

Rien ne nuit plus à une cause, on le sait, que les exagérations de ceux qui la défendent. C'est ainsi que le *me hercle non sedat opium*, dans la bouche de Brown, n'a presque rencontré que des incrédules. Et cependant, en prononçant de telles paroles, Brown les confirmait, en partie du moins, par son propre exemple. Avant de faire une de ces leçons si pauvres de savoir, mais si brûlantes de verve et d'éloquence, il buvait devant ses élèves de pleins verres de laudanum. Plus sage et plus digne de créance, Hufeland, ce grand praticien, dont l'autorité a tant de poids, se gardait bien de nier comme Brown le narcotisme produit par l'opium; mais à côté de l'action calmante, il plaçait une action excitante, qu'il savait fréquemment mettre à profit dans le traitement des maladies. Par malheur, cette action excitante de l'opium a été dans la suite presque universellement méconnue. Elle a cependant été mise en lumière plusieurs fois, mais jamais mieux que dans une thèse soutenue en 1862, devant la Faculté de médecine de Montpellier, par un chirurgien distingué de la marine, M. le docteur Mattéi [1].

Pour se faire une idée nette des effets réels de l'opium, il est indispensable d'établir des distinctions fondamentales. Il faut tenir compte de la dose et surtout de l'accoutumance ou de la non-accoutumance de l'organisme à ce médicament.

Chez celui qui prend une dose modérée d'opium et qui n'est pas habitué à cet agent, on voit survenir les symptômes que tout le monde connaît : soif, perte d'appétit, envies de vomir, vomisse-

---

[1] *Quelques réflexions sur l'abus de l'opium*; Montpellier, 1862.

ments, pesanteur de tête, assoupissement, torpeur [1], insensibilité à la douleur, céphalalgie, chaleur, sueur, etc. Il y a, suivant les tempéraments et les idiosynchrasies des différences ; mais, en somme, ce qui domine chez un individu neuf pour le remède, c'est le narcotisme et les troubles digestifs. Après un temps variable, quoique généralement assez court, dans lequel l'opium est quotidiennement ingéré, la scène change, et c'est là ce qui a été d'ordinaire méconnu ; tous les désordres digestifs cessent, et il ne reste que l'anorexie. Celle-ci est constante et durable. Quant aux effets sur l'intelligence et le système nerveux, ils sont tout à fait modifiés. L'intelligence devient plus puissante, plus vive et plus active, la mémoire plus sûre, l'aptitude au travail plus marquée. Il se produit un sentiment général de bien-être et une plus grande activité physique. C'est là, quoi qu'en disent lord Jocelyn, Pouqueville et leurs émules, ce qui se passe le plus souvent chez les fumeurs d'opium, pour peu du moins qu'il y ait chez eux assuétude et que les doses journalières ne soient pas trop exagérées. Voilà pourquoi ils recherchent tant un plaisir si fort condamné en Europe. L'opium c'est pour eux l'alcool, ou, mieux encore, le thé ou le café.

De ces propriétés de l'opium pris quotidiennement, celles qui nous intéressent en ce moment sont l'anorexie permanente et la persistance, et même la surexcitation des forces. Tout en mangeant très-peu, le consommateur d'opium conserve sa vigueur et l'intégrité de son organisme, à moins qu'il ne se livre à de fâcheux abus. Le fait que nous avançons là est patent. Au milieu de terribles famines, les populations orientales ont cherché un refuge contre la faim et ses conséquences dans l'emploi de l'opium. Les courriers tartares, qui font sans prendre d'aliments des courses longues et rapides, mangent de l'opium. Les travailleurs insuffisamment nourris suppléent par le suc du pavot à cette cause d'exténuation. Ces vérités nous sont affirmées par M. Mattéi et plusieurs autres voyageurs qui ont vu les choses sur les lieux. Avant eux, Brown avait fait entendre son témoignage passionné, mais compétent, car il s'appuyait sur l'expérience.

Or, à quoi tiennent ces deux phénomènes si opposés en apparence : anorexie intense et durable d'une part et de l'autre conservation intégrale de l'organismo et de ses forces. Nous ne pouvons

---

[1] N'oublions pas cependant que, même dans ces conditions, l'opium ne produit pas toujours le sommeil, et qu'on note quelquefois après son administration de l'agitation, de l'insomnio, une certaine exaltation intellectuelle, etc.

les attribuer qu'à un seul fait primordial, l'arrêt du mouvement de désassimilation nutritive. Normalement tout se détruit lentement dans l'organisme, tous les tissus s'en vont peu à peu pour être remplacés par d'autres, dont le sang fournit les matériaux. Or que, par une cause quelconque le mouvement de désassimilation s'arrête, que la désagrégation lente et moléculaire de nos tissus se suspende ou ne se fasse que très-lentement, l'assimilation participera d'ordinaire à cette inertie de la fonction. Le besoin de réparation par l'alimentation ne se ressentira plus ou ne se ressentira que faiblement, et il surviendra une anorexie que l'on peut en quelque sorte nommer *physiologique*. C'est ainsi qu'on a vu des individus et surtout des femmes (nous en avons dans le temps observé un exemple bien remarquable à l'hôpital d'Avignon) vivre pendant de longues années en maigrissant à peine, quoique ne mangeant rien ou à peu près rien.

Or, telle est pour nous une des actions fondamentales de l'opium à dose suffisante et longtemps continuée : il arrête le mouvement de décomposition nutritive, il s'oppose à la désassimilation ou tout au moins ne permet qu'une désassimilation très-lente. C'est là ce que, dans un langage imagé, et pour rendre notre pensée par une expression forte et colorée, nous avons appelé ailleurs « la catalepsie de la nutrition. » (Voir *Montpellier médical*, numéro d'octobre 1862). L'anorexie permanente est la conséquence forcée de ces effets très-réels, mais si extraordinaires.

Nous avons maintenant la clef des avantages considérables que l'opium présente dans le traitement du diabète.

Malgré de beaux travaux, la théorie du diabète est encore en plusieurs points pleine d'obscurités. Mais on en sait assez pour placer cette redoutable maladie dans la grande catégorie des consomptions, des phthisies. Les aliments hydro-carbonés ingérés, tels que les féculents et les sucres, deviennent non assimilables et sont expulsés. Peut-être même que les substances hydro-carbonées entrant dans la trame de nos tissus, sont elles-mêmes détachées en plus grande abondance qu'à l'état normal et éliminées par les urines. Quoi qu'il en soit, de cette perte continuelle de substance existant chez les diabétiques résulte la consomption. Quelle est la cause prochaine de cette fonte de l'organisme, de la non-absorption et de l'élimination du glucose, à quelles lésions, à quelles affections, doit-on les rapporter ? Cette question ne nous regarde pas ici, et, pour ne pas compliquer notre exposition, nous nous garderons de l'aborder. Ce qui nous importe, ce sur quoi nous insistons, c'est

que chez les diabétiques, l'assimilation est empêchée ou du moins notablement diminuée, que le marasme menace et que se présente, en conséquence, l'indication fondamentale d'une substance qui arrête ou tout au moins modère la désassimilation. Or, nous venons de prouver que tel est le rôle de l'opium. L'opium donc, en enrayant la consomption fatale, conséquence du diabète, devient éminemment utile dans le traitement de cette maladie. Qu'importe, pour ainsi dire, alors que beaucoup des matériaux fournis par les aliments ne soient pas utilisés? La perte étant nulle ou peu de chose, le gain peut l'être aussi sans grand détriment pour la santé.

C'est donc là, à nos yeux, le motif principal de la vertu de l'opium dans le traitement du diabète. Le médicament n'attaque pas la maladie dans son essence, rien ne le prouve du moins, mais il s'en prend à l'effet direct et immédiat de l'affection, à celui qui menace le plus la vie, il arrête la consomption, le marasme, la phthisie!

Que le suc du pavot ait encore d'autres conséquences heureuses, qu'en favorisant la transpiration, il diminue la sécrétion urinaire, comme le dit le docteur Anstie, cela est possible, cela même est probable, mais en cette diminution de la sécrétion urinaire ne consiste pas son effet héroïque. D'une autre part, quelque confiance qu'inspire le suc du pavot, les autres médications rationnelles ne doivent pas être négligées. Le régime diététique, en particulier, auquel le docteur Anstie accorde justement sa confiance, sera un aide puissant au succès de l'opium.

Pour que la médication que nous préconisons avec une conviction entière réussisse, deux conditions sont indispensables. Il faut d'abord faire franchir avec précaution au malade la période d'accoutumance, marquée par des troubles digestifs variés et assez souvent par le narcotisme. On doit dans ce but graduer les doses avec soin et n'arriver que peu à peu aux doses élevées. Nous avons remarqué cependant que la tolérance paraît s'établir beaucoup plus facilement sur un sujet diabétique que sur un sujet sain, et que les fortes doses sont d'ordinaire promptement supportées chez le premier. Il n'y a du reste point là une exception aux lois de la pathologie générale.

La deuxième condition pour que l'opium réussisse, c'est que le malade en prenne bientôt des quantités considérables. Les 40 centigrammes dont parle le médecin anglais sont tout à fait insuffisants. Nous avons prescrit pendant nombre de jours consécutifs, 1 gramme d'extrait gommeux sans le moindre accident. Enhardi aujourd'hui par ce que nous savons, nous n'hésiterions pas à nous

élever graduellement à des proportions beaucoup plus élevées, si de moindres ne nous donnaient pas un résultat satisfaisant. Nous avons jusqu'ici fait prendre l'opium par la bouche, peut-être trouverons-nous plus tard un meilleur mode d'administration. Ce que nous avons lu sur les fumeurs orientaux, et sur l'innocuité de l'opium prudemment absorbé par eux, nous porte à nous demander si une pareille pratique n'est pas préférable à toutes les autres. L'opium est excessivement complexe, les expériences de M. Bernard ont mieux que jamais démontré que les divers principes du médicament ont des propriétés bien différentes. Or, ne peut-il pas arriver que dans l'opium qui brûle et qui passe à l'état de fumée, certains principes se détruisent, tandis que d'autres restent intacts? Ne peut-il pas arriver que les principes épargnés par le feu soient ceux dont l'utilité thérapeutique est la plus grande pour la maladie qui nous occupe? Ce n'est là sans doute qu'une hypothèse, mais les phénomènes observés chez les fumeurs d'opium, la tolérance facile de cette substance chez ces derniers, lorsqu'il n'y a pas abus, donne à notre hypothèse de la probabilité. L'expérience clinique prononcera.

Du reste, ce ne sont pas seulement des inductions que nous invoquons à l'appui de notre dire, mais aussi des faits incontestables par nous. Pour ne parler que de notre expérience personnelle, nous avons sur deux diabétiques constaté, sans aucun doute, les bons effets du traitement par l'opium. L'un de ces cas surtout fut saisissant. Il s'agit d'un malade qui était couché au n° 2 de la salle Saint-Vincent de l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, pendant un service intérimaire dont nous fûmes chargé en juin 1861. Le sujet de l'observation, qui avait un diabète confirmé et se trouvait dans un état de consomption avancée, prit, pendant un mois, de l'extrait gommeux d'opium, lequel fut porté à la dose de 1 gramme par jour, dans les derniers quinze jours. Sous l'influence de cette médication, la quantité de glucose rendue diminua promptement de moitié, et les forces s'accrurent notablement. L'amélioration frappa vivement tous les élèves assidus à notre visite. Ayant quitté le service à la fin du mois, nous ne pûmes malheureusement pas suivre plus loin l'expérience. Nous n'attachions pas du reste, à ce moment-là, au traitement par l'opium l'importance que nous y avons attachée depuis, car nous ne savions alors sur ce médicament que ce qu'en disent les livres classiques. Aussi notre médication était-elle purement empirique. Nous donnions le suc du pavot d'après le témoignage de ceux qui disaient avoir réussi par ce

moyen. Nous agirions aujourd'hui avec une conviction plus arrêtée et une connaissance plus approfondie du médicament. Aussi attendons-nous avec impatience l'occasion d'instituer de nouvelles expériences.

Le diabète n'est pas la seule maladie où doive réussir l'opium à haute dose et longtemps continué. Dans la diarrhée et dans la dysenterie chroniques il y a, par suite du mauvais état des voies digestives, un obstacle souvent insurmontable à l'élaboration des matériaux de l'assimilation, tandis que la désassimilation continue sans obstacle. L'indication de l'opium se présente donc, comme dans le diabète, pour arrêter la désassimilation. Mais au lieu des doses minimes auxquelles on s'en tient dans ces cas, il faut arriver graduellement à des doses élevées. Pendant que la consomption est ainsi enrayée (sans qu'on soit obligé de recourir à une alimentation substantielle qui, chez les diarrhéiques et les dysentériques malades depuis longtemps, ne peut être digérée), l'intestin qui n'est point irrité par la présence d'aliments trop copieux se repose pour ainsi dire, et les lésions déjà produites diminuent et disparaissent. Nous avons aussi dans ces cas obtenu quelques succès qui nous permettent de ne pas invoquer seulement à l'appui de notre dire les inductions théoriques. Mais dans les maladies de l'intestin l'action directe et topique de fortes doses d'opium sur cet organe peut n'être pas sans inconvénient, surtout pendant la période d'accoutumance ; on doit donc se demander ici comme tout à l'heure, si l'inhalation des fumées d'opium n'est pas encore le mode d'administration préférable. Ce que nous venons de dire concernant le traitement de la diarrhée et de la dysenterie chroniques aurait encore sans doute son application dans le traitement de plusieurs maladies où, par une cause ou une autre, domine le fait de la consomption.

Enfin, l'expérience clinique nous a démontré nettement l'action excitante souvent bien salutaire que l'opium exerce dans un grand nombre de maladies aiguës fébriles où dominent l'adynamie et la malignité. Ce médicament nous a alors donné des succès importants qui sont destinés à fournir les bases d'un mémoire auquel nous travaillons en ce moment. Dans cette dernière question, nous serons moins isolé que dans celles qui précèdent. Hufeland nous a ouvert largement la voie, et nos conclusions pourront s'étayer sur celles de ce maître illustre.

Nous en restons là pour aujourd'hui, heureux si, dans ce rapide résumé, nous avons pu mettre en évidence des propriétés très-importantes de l'opium qui sont généralement méconnues, et si nous

sommes parvenu à réhabiliter le traitement du diabète par ce médicament, traitement que le docteur Anstie nous paraît avoir à tort attaqué.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Iléus s'accompagnant de vomissements stercoraux, traité avec succès au moyen du galvanisme directement appliqué a la membrane muqueuse de l'intestin. — Le 29 juin 1864, fut admis à Meath hospital, dans le service du docteur Stokes, un ouvrier nommé Robert Fox, homme d'une constitution robuste, âgé d'environ cinquante ans.

De bonne constitution, d'habitudes régulières, il n'avait jamais jusqu'alors fait de maladie sérieuse; parfois seulement il avait des maux de tête, dont il se débarrassait facilement en se purgeant avec du sel d'Epsom. Le 25 juin, souffrant de cette même indisposition, il avait pris une dose de son purgatif accoutumé; mais l'effet, moins intense et plus tardif qu'à l'ordinaire, n'avait consisté qu'en une seule garde-robe le lendemain matin. Une demi-heure environ après, il avait ressenti de la douleur dans le côté gauche de l'abdomen; d'abord, pensant que cette douleur serait passagère, il ne s'en était pas inquiété; mais elle était devenue bientôt tellement vive, qu'il avait été obligé de faire appeler un médecin. Celui-ci prescrivit des fomentations sur le ventre avec l'huile de térébenthine, et, à l'intérieur, un mélange de cette même huile et d'huile de ricin; puis, ce moyen n'agissant pas, il fit administrer deux lavements avec la térébenthine, lesquels ne produisirent aucun effet et ne furent même pas rendus. Le malade passa une nuit sans sommeil et très-pénible.

Le 27, dans la matinée, il vomit une grande quantité de liquide verdâtre. La douleur dans l'abdomen continuait, quoique un peu moins intense que le jour précédent. Les évacuations alvines faisant toujours défaut, les lavements avec la térébenthine furent répétés, et il en fut administré cinq dans la journée, chacun de plus d'une pinte de liquide, le tout sans aucun effet; ils ne furent pas rendus et n'excitèrent pas même le plus léger besoin d'aller à la selle.

Le 28, après une nuit misérable, il survint du hoquet, suivi de vomissements fréquents des matières contenues dans l'estomac, état qui continua tonte la journée avec de courts intervalles de re-

pos. La douleur, qui d'abord était dans le côté gauche du ventre, changea alors de siége et fut rapportée par le malade à la partie située à droite de l'ombilic ; elle devint extrêmement aiguë et augmentait par le moindre mouvement, par la plus légère pression exercée sur l'abdomen. En même temps dysurie, cuisson en urinant, urine extrêmement foncée et d'une odeur forte. L'application de cinq sangsues au niveau du point le plus douloureux fut suivie d'un soulagement considérable, mais sans qu'il survînt toutefois de garde-robe. La nuit s'étant encore passée sans sommeil, et aucune amélioration ne se manifestant dans ces graves symptômes, le malade fut transporté à l'hôpital le lendemain matin.

Au moment de l'admission, il présentait les symptômes suivants : face vultueuse ; yeux brillants et enfoncés ; expression d'anxiété extrême ; langue chargée, sale ; extrémités froides ; pouls à 86, très-petit ; hoquet incessant et très-pénible, durant depuis le commencement de la matinée. Le malade éprouve une vive douleur, qu'il rapporte au côté droit de l'abdomen, à la partie moyenne de l'espace compris entre l'ombilic et les fausses côtes. Le ventre est considérablement tuméfié, dur et tendu, et, immédiatement au-dessus de l'ombilic, il présente un sillon profond, comme s'il était étreint par un lien serré. Au niveau du muscle droit de l'abdomen, du côté gauche, se voient deux ou trois élévations qui ont l'apparence et donnent au toucher la sensation de circonvolutions intestinales. Elles sont en partie mates à la percussion et ne disparaissent pas par la pression. Aucun gargouillement n'est perçu en aucun point de l'abdomen, et l'auscultation ne permet d'entendre aucun bruit. L'examen le plus attentif ne fait pas reconnaître d'étranglement externe. Absence de miction depuis plusieurs heures ; environ une pinte d'urine fortement colorée est extraite au moyen du cathétérisme.

Comme il s'était écoulé quatre jours depuis le début des accidents et que la constipation avait opiniâtrément résisté malgré l'administration de sept lavements, sans compter les purgatifs pris par la bouche, il n'était pas facile de décider quelle serait le meilleur moyen d'obtenir le résultat désiré, c'est-à-dire l'évacuation de l'intestin et par suite le soulagement des douleurs abdominales. Comme il se pouvait soit que les lavements donnés avant l'entrée à l'hôpital eussent été administrés de manière à en compromettre l'efficacité, soit qu'il existât un arrêt des matières fécales ou quelque autre obstruction dans le rectum ou la partie inférieure du côlon, on eut de nouveau recours à un fort lavement térébenthiné,

qu'on prit soin de faire parvenir aussi loin que possible au moyen d'un long tube porté profondément dans l'intestin; l'introduction de ce tube se fit sans rencontrer aucun obstacle. Après l'administration de ce remède, le malade fut placé dans un demi-bain tiède, pendant la durée duquel on exerça sur le ventre des frictions et des manœuvres de massage. Ces moyens eurent pour conséquence une diminution de la douleur et la cessation du hoquet. Prescription : 1 pilule de 1 grain d'opium toutes les trois heures, 12 onces de vin, 1 pinte de bouillon de poulet; frictions avec huile tiède sur le ventre, répétées fréquemment dans la journée.

Le 30 juin. Un peu de sommeil la nuit; légère amélioration. Le ventre toujours dur et tendu, mais moins douloureux; la douleur est comparée par le malade à une sensation de rongement, avec des élancements aigus de temps à autre; il y a eu de nouveaux vomissements, pendant la nuit, d'un liquide foncé sans odeur fétide; toujours absence de garde-robes, aucune sensation de besoin de défécation; le hoquet, si pénible la veille, ne reparaît que quand le malade fait quelque mouvement. — Une pilule de calomel et d'opium toutes les trois heures; cataplasmes chauds sur le ventre; vin, bouillon de poulet.

Le 1er juillet. Nuit très-mauvaise; absence complète de sommeil, à cause du hoquet, qui a repris son intensité première, et de vomissements fréquents de matières ayant parfois l'odeur stercorale. Soif vive; langue sèche et rouge; lèvres desséchées et comme brûlées; pouls régulier, mais faible, à 80. Toujours constipation. Le ventre paraît plus volumineux; la douleur est toujours rapportée au même point; les saillies notées le jour de l'entrée ont disparu; on ne sent nulle part de partie plus dure ou engouée. Suppression des pilules prescrites la veille; 1 pilule d'extrait de belladone toutes les trois heures; continuation des cataplasmes, du vin, du bouillon de poulet; glace pour combattre le hoquet. Le soir, la constipation persistant toujours, pilules composées d'huile de croton, strychnine et extrait de coloquinte, une toutes les deux heures.

Le 2. Le malade a un peu dormi et se trouve moins mal; il a eu la nuit, après la quatrième pilule avec l'huile de croton, une selle peu abondante de matière brunâtre foncée. Abdomen moins volumineux; le sillon sus-ombilical, noté le jour de l'entrée, moins marqué. Laisser les pilules purgatives, et reprendre celles de belladone; bains de siége dans la soirée; 2 grains d'opium pulvérisé pour procurer du sommeil, si cela est nécessaire.

Le 3. Le malade a éprouvé hier beaucoup de douleur, douleur

qui s'est aggravée considérablement le soir ; il a dormi néanmoins après la dose d'opium et se plaint moins ce matin ; le hoquet, qui avait cessé depuis l'avant-dernière nuit, a reparu et occasionné beaucoup de souffrance, qui n'est soulagée que par le vomissement; les matières ainsi rejetées ont évidemment le caractère stercoral; pas de garde-robe.

Application du galvanisme à la surface extérieure de l'abdomen; une des éponges étant placée au niveau de l'S iliaque du côlon, l'autre est promenée sur le trajet du gros intestin; pendant cette opération, qui dure environ sept minutes et est très-douloureuse, tous les muscles abdominaux sont agités de mouvements spasmodiques énergiques ; toutefois, il ne paraît pas en résulter d'action excitatrice sur les intestins, car l'application du stéthoscope ne fait percevoir aucun bruit en rapport avec des mouvements intestinaux. Pas le moindre besoin d'aller à la garde-robe. 1 pilule de 1 grain d'opium trois fois dans la journée ; supprimer la belladone ; le soir, lavement purgatif introduit aussi profondément que possible à l'aide d'une longue canule.

Le 4. Le lavement a été suivi de deux selles liquides troubles, mais peu abondantes, ne répondant pas à la quantité du lavement injecté; à la suite de ces selles le malade éprouve un grand soulagement et se montre beaucoup plus calme et plus rassuré. Ventre un peu plus souple et moins ballonné ; disparition complète de l'aspect de constriction qui existait au-dessus de l'ombilic. Cessation des vomissements depuis qu'il y a eu des garde-robes. Pilule d'opium, vin et bouillon de poulet.

5 juillet. Depuis hier soir le malade est beaucoup plus mal : la douleur abdominale s'est accrue, le hoquet a reparu, et pendant la nuit une quantité considérable de matières fécales a été rejetée par la bouche. Faiblesse et abattement profonds; pouls plus faible, plus dépressible; langue et bouche sèches ; l'estomac ne garde rien; il n'y a pas eu de selle depuis la nuit du 3. — Retour aux pilules à l'huile de croton ; 4 onces d'eau-de-vie, 6 onces de vin, bouillon de poulet.

6 juillet. Les pilules purgatives sont restées sans effet; la nuit a été misérable par la persistance des vomissements stercoraux précédés de hoquets pénibles. Le malade est agité; il jette ses bras çà et là et change à chaque instant de posture; sueur visqueuse; traits tirés, expression de grande anxiété, yeux enfoncés et mornes.

Les moyens mis en usage jusqu'à ce moment ayant entièrement échoué à procurer une évacuation suffisante des intestins, et des

matières stercorales n'ayant presque pas cessé, depuis plus de trois jours, d'être rejetées par la bouche, si ce n'est dans la journée du 4, il est évident qu'à moins de trouver un traitement plus expéditif et plus efficace, il ne saurait y avoir lieu de compter sur la conservation de la vie du malade.

Dans ces conjonctures si graves, le docteur Stokes propose, comme *dernière ressource*, l'application directe de l'excitation galvanique à la membrane muqueuse de l'intestin. Cette application fut faite de la manière suivante :

Le malade fut placé sur les mains et les genoux, et, dans cette posture, les fesses étant bien relevées et la tête basse, un long tube fut introduit dans le but d'administrer un grand lavement purgatif avant de procéder à l'application du galvanisme. Le tube pénétra facilement à une profondeur de sept ou huit pouces; mais, arrivé là, il rencontra quelque obstacle, et, en le retirant, on reconnut un peu de matière fécale à son extrémité. Introduit de nouveau, il fut possible, au moyen d'une certaine pression et d'injections répétées, de le faire passer lentement à travers un obstacle solide, ne donnant aucune sensation d'élasticité. Une fois porté au delà, il peut être poussé de toute sa longueur dans le canal intestinal, et le lavement fut administré. La seringue retirée, il ne vint par la sonde ni gaz ni liquide, et la seringue, réappliquée au tube et employée comme pompe aspirante, ne parvint pas davantage à rien amener. Sans retirer le tube, le malade fut couché sur le côté, et une éponge en rapport avec le pôle négatif d'une batterie électrique étant appliquée à la marge de l'anus, l'autre éponge, correspondant au pôle positif, fut rapidement promenée sur toute la surface extérieure des parois abdominales : un jet de liquide ne tarda pas à jaillir par l'orifice de la sonde. Celle-ci fut alors retirée, et l'éponge qui avait été appliquée à la marge de l'anus, fut, au moyen du conducteur métallique auquel elle était adaptée, introduite à une profondeur de deux ou trois pouces dans le rectum, tandis que l'autre éponge était, comme précédemment, portée à plusieurs reprises sur la surface externe du ventre. A chaque application de celle-ci, la totalité des muscles abdominaux entrait dans d'énergiques contractions spasmodiques, qui étaient immédiatement suivies d'un jet de matières fécales liquides. Trois grands bassins en furent remplis. L'opération, qui avait duré environ dix minutes, et qui s'accompagna d'une extrême angoisse, sous l'influence de laquelle le patient se tordait d'une manière terrible, fut alors suspendue, en raison de l'état de prostration considérable où il était

tombé et de la faiblesse de son pouls, devenu presque imperceptible. Il se remit toutefois rapidement, après avoir pris de l'eau-de-vie, et déclara qu'il se trouvait grandement soulagé; il tomba ensuite dans un sommeil parfaitement calme. Dans l'après-midi, il eut encore deux garde-robes liquides, et huit nouvelles dans la soirée, complétement exemptes de douleur; dans aucune de ces garde-robes il ne se trouva de matières dures.

Le 7 juillet, l'aspect du malade est considérablement amélioré : il a passé une bonne nuit et se trouve beaucoup mieux; nul retour du hoquet ni des vomissements; pas de douleurs abdominales ni spontanées, ni à la pression; appétit, désir des aliments solides.

Le 9. Nouvelle et rapide amélioration depuis le 7; il y a eu des évacuations alvines régulières, tout à fait spontanées; mais faiblesse et parfois air triste et abattu. — Pilules de rhubarbe, potion huileuse le soir.

Le 11. Le malade quitte l'hôpital, un peu faible, mais se sentant, du reste, parfaitement bien; les excrétions alvines sont régulières et les selles naturelles.

Le 26 juillet. Fox se présente de nouveau pour être admis, souffrant de symptômes semblables à ceux qu'il a déjà éprouvés, mais à un moindre degré : constipation depuis plusieurs jours et douleurs dans l'abdomen. Il raconte que depuis qu'il a quitté l'hôpital, le 11 juillet, il a eu deux ou trois légers retours de douleurs abdominales, et qu'une fois la jambe gauche a été en même temps considérablement gonflée. Ces symptômes, toutefois, se sont dissipés après un repos au lit de quelques jours. Ses souffrances actuelles sont évidemment exagérées par la crainte : ce qu'il redoute surtout, c'est d'être obligé de subir de nouveau le traitement par le galvanisme. Heureusement le recours à ce moyen n'a pas été nécessaire; un lavement avec la térébenthine et quelques doses d'huile de ricin, administrées plusieurs matins de suite, ont suffi pour rétablir la régularité des garde-robes et faire disparaître les douleurs. Sorti le 18 août, il n'a pas eu de rechute nouvelle, sa santé générale s'est raffermie, et il a pu reprendre ses occupations ordinaires.

Dans ce cas, si plein d'intérêt pratique, quelques points méritent une attention particulière.

En premier lieu, à quelle cause doivent être rapportés les accidents? Il est certain que c'est là une question qu'il est plus facile de poser que de résoudre : la guérison ayant été heureusement obtenue, il n'y a guère à mettre en avant sur ce point que des conjec-

tures, dont la nécropsie seule eût pu, dans un tel cas, fournir la vérification.

La soudaineté et l'intensité de l'attaque, venant si rapidement après l'ingestion d'une dose de sel d'Epsom pourrait, au premier abord, faire penser à la possibilité d'une espèce d'empoisonnement.

D'un autre côté, le fait de la douleur fixée en un point, douleur d'abord soulagée au moyen d'une émission sanguine locale, serait de nature à suggérer l'idée d'une entérite, et d'une entérite causée peut-être par une invagination. Cette double supposition est admissible pour un temps; mais elle cesse de l'être quand on considère les symptômes qui se présentèrent ensuite et la marche de la maladie, puisqu'on voit la douleur et changer de siége et, quoique très-intense la veille de l'application du galvanisme, disparaître rapidement après cette opération.

D'après l'auteur de l'observation, M. Finny, en tenant compte de tous les détails du cas, ce qui paraît le plus probable, c'est que l'on a eu affaire à un iléus résultant d'un état de paralysie d'une portion de la tunique musculeuse du gros intestin. L'action péristaltique faisant défaut, les lavements poussés dans la cavité intestinale arrivaient facilement au delà de la partie affectée, mais ensuite ne pouvaient plus rétrograder, en raison de la suppression de l'action motrice de cette partie. Ne peut-on pas admettre que l'action péristaltique violente, déterminée par une forte dose de sulfate de soude, et l'irritation de la membrane muqueuse, qui a pu être et qui est quelquefois la conséquence de l'action de ce sel, ont pu se trouver dans un certain rapport de cause à effet avec cette suppression de la puissance contractile de la tunique musculeuse du côlon?

Un autre point intéressant de cette observation, c'est le succès dont a été couronné le mode d'application du galvanisme employé chez ce malade, mode, du reste, que l'observateur considère à tort comme nouveau. L'introduction d'un excitateur galvanique (olivaire) dans le rectum, tandis que l'autre excitateur (humide) était promené sur la surface externe de la paroi abdominale, a été mise en usage depuis plusieurs années déjà par M. Duchenne, de Boulogne, et avec un plein succès dans des cas analogues à celui dont il est ici question [1].

---

[1] *De l'électrisation localisée*, par M. Duchenne, de Boulogne; 1re édition, 1855; voir p. 72, 760 et suiv.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Méningite tuberculeuse, bromure de potassium. S'il est vrai, comme le dit M. Gubler dans son très-important mémoire publié dans ce journal, et comme nous le pensons, s'il est vrai que le bromure potassique exerce une action contre-stimulante sur les centres nerveux, en même temps qu'il tempère et ralentit les mouvements du cœur, nul doute qu'il ne soit indiqué d'essayer l'influence de cet agent dans les affections à processus inflammatoire de l'encéphale. Aussi nous attendions-nous à voir rapporter des faits de méningite traités par ce moyen, et en espérions-nous quelque succès. Le premier exemple de ce genre, que nous trouvons dans la *Presse médicale*, est un cas de méningite tuberculeuse, de cette affection que l'expérience générale des plus éminents praticiens s'accorde jusqu'ici à regarder comme au-dessus des ressources de notre art. Le bromure de potassium est-il destiné à faire revenir de la fatalité d'un tel pronostic? Se montrera-t-il plus efficace que l'iodure de potassium, qui a été préconisé dans la même maladie, et sur lequel d'ailleurs le dernier mot n'a pas été dit encore? Si l'un de ces deux médicaments se montrait réellement efficace, n'en résulterait-il pas par là même que l'autre devrait être exclu, puisque leur mode d'action, assimilé d'abord, paraît au contraire différer notablement? Toutes questions qu'il est plus facile de poser que de résoudre quant à présent. Quoi qu'il en soit, voici le cas emprunté au service de M. Bazin, de même que celui d'épilepsie que nous avons dernièrement rapporté.

Le jeune C***, âgé de dix-neuf ans, mais paraissant tout au plus en avoir quatorze, tant il est peu développé pour son âge, ayant eu des convulsions dans son enfance, et, peu de temps avant son admission, des accidents du côté de la poitrine, donnant lieu de croire à un commencement de tuberculisation pulmonaire, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 20 décembre 1864, pour une affection psorique, dont il est rapidement débarrassé au moyen de l'huile de cade.

Quelques jours après, le 25 décembre, malaise général, fièvre, frissons, affaiblissement considérable qui le force à garder le lit. Au commencement de janvier, symptômes plus intenses : fièvre augmentant le soir ; douleur de tête, qui était habituelle depuis quelque temps, plus vive et plus persistante ; insomnie et rêvasseries la nuit ; quelques épistaxis le matin ; langue sèche et jaunâtre ; selles rares, ventre ballonné, peu sensible, sans taches lenticulaires ; un peu d'appétit, mais digestions difficiles ; quelques râles muqueux disséminés dans la poitrine, rien de notable aux sommets. Plus tard, douleur de tête encore accrue ; agitation le soir ; pouls irrégulier, ralenti le matin, le soir beaucoup plus fréquent, à 100, 110.

Dans la nuit du 7 au 8 janvier, à ces symptômes se joignent des vomissements verdâtres, qui se répètent dans la journée ; puis le soir surviennent des accès convulsifs épileptiformes, avec face pâle, sans déviation des traits, et suivis de prostration le lendemain ; pouls petit, à 120 (vésicatoires derrière les oreilles, douches froides sur la tête). Les deux jours suivants, répétition des accès convulsifs et aggravation de l'état du malade, qui reste insensible à tout ce qui se passe autour de lui, et porte fréquemment la main à la région frontale ; ni cris hydrencéphaliques, ni strabisme.

C'est alors que M. Bazin, frappé du retour des accès convulsifs, fait donner, le 12 janvier, le bromure de potassium, 1 gramme en solution. Les deux jours suivants, retour des accès le soir, peut-être un peu moins intenses : 2 grammes de bromure. Le 15, amélioration légère, le malade paraît un peu revenir à lui ; les accès du soir moins intenses : bromure, même dose ; vésicatoire à la nuque. Les 16 et 17, mieux plus prononcé : bromure, 3 grammes. Le 18, mieux encore, pas de convulsions depuis deux jours ; intelligence beaucoup plus nette dans la journée ; un peu de subdelirium le soir ; pouls toujours fréquent : 4 grammes de bromure. Les jours suivants, l'état devient de plus en plus satisfaisant ; aucun accès convulsif ; pouls tombé à 80, 90 ; pas de subdelirium, sommeil calme ; fonctions digestives se rétablissant, appétit, commence-

ment du retour des forces. Dès les premiers jours de février, le jeune malade peut se lever dans les salles. Seulement, à mesure que cette amélioration du côté nerveux progresse, les accidents s'accentuent davantage du côté de l'abdomen et du thorax, qui deviennent le siége d'une tuberculisation non douteuse.

Telle est cette observation dont nous avons emprunté les principaux traits à la rédaction de M. Besnier, interne du service. Nous la donnons sans réflexions, la livrant à l'appréciation de nos confrères, qui y verront sans doute, comme nous, sinon un motif décisif de croire à la puissance curative du bromure de potassium dans la méningite tuberculeuse, du moins un encouragement à essayer de ce moyen dans une maladie qui, par sa gravité extrême et sa léthalité trop constante, permet de tenter toutes les expériences, pourvu qu'elles ne soient pas irrationnelles. (*Gazette des hôpitaux*, 1865, numéro 37.)

Maladie de Basedow; son traitement par la galvanisation du grand sympathique. M. le docteur Back a présenté, le 3 avril dernier, au Collége des médecins de Vienne, une jeune fille atteinte de goître exophthalmique, chez laquelle M. le docteur Benedikt avait employé la galvanisation du grand sympathique. Nous reviendrons s'il y a lieu, sur ce fait, qui doit être publié ultérieurement. M. Benedikt eu a pris occasion pour dire quelques mots d'un autre cas du même genre, qu'il a également traité par la galvanisation du grand sympathique à la clinique du professeur Oppolzer. L'état de cette maladie fut considérablement amélioré par ce traitement; mais il ne fut pas employé pendant un temps suffisamment long pour obtenir un résultat définitif, la malade ayant quitté l'hôpital prématurément. L'opinion d'Aran, d'après laquelle le goître exophthalmique serait une névrose du grand sympathique, trouve, comme on le voit, un certain appui dans ces faits. M. Benedikt fait cependant remarquer que les accidents qui composent le tableau symptomatique de la maladie de Basedow sont fort variables dans leur nature, les uns étant de nature paralytique, les autres se rangeant plutôt parmi les phénomènes d'irritation.

L'expérimentation physiologique n'a jamais pu reproduire l'ensemble complet des symptômes de cette maladie, et l'on n'a jamais réussi, en particulier, à reproduire par la section du grand sympathique les symptômes *trophiques* ou les troubles de nutrition. M. Benedikt a cependant reconnu, comme Remak l'avait déjà fait avant lui, que des troubles de cette nature peuvent être produits par l'irritation du grand sympathique. Il cite à ce propos le fait d'un diabétique traité à la clinique du professeur Oppolzer. Ce malade supportait facilement la galvanisation de la région cervicale, et l'on pouvait employer chez lui une batterie puissante. Dès le second jour de ce traitement, le malade accusait des douleurs dans les doigts. On n'en continua pas moins la galvanisation. Des phénomènes inflammatoires se manifestèrent alors dans toutes les articulations, et, en outre, on vit apparaître une éruption papuleuse généralisée. On suspendit alors l'emploi de la galvanisation, et tous les accidents se dissipèrent pour reparaître ensuite quand on eut repris le traitement. M. Benedikt a vu également la galvanisation du grand sympathique, employée contre les coliques de plomb, produire une tuméfaction douloureuse des métacarpiens. (*Gazette hebdomadaire.*)

Observation de hoquet intermittent guéri par le sulfate de quinine. Le hoquet idiopathique est une affection qui fait quelquefois le désespoir des malades et du médecin, tant elle se montre rebelle dans certains cas aux divers moyens qu'on lui oppose. Quand elle revêt la forme intermittente, on en triomphe plus facilement : le quinquina et mieux le sulfate de quinine en font alors justice, comme en témoignent plusieurs exemples dont quelques-uns ont été consignés dans notre collection. En voici un cas nouveau, où le même médicament a eu la même efficacité : l'auteur qui le rapporte, M. le docteur Lanouaille, de Lachèze, médecin aide-major à l'armée d'Afrique, a été conduit à instituer le traitement en raison de la périodicité d'abord, qui constituait une indication formelle, et aussi, dit-il, parce qu'il observe sous un ciel où l'on est forcément amené tôt ou tard à soupçonner presque partout l'influence paludéenne, quoiqu'il n'y ait en réalité de marais presque nulle part.

Il s'agit d'un zouave qui se présenta, en septembre 1864, au docteur Lanouaille de Lachèze, se plaignant d'être tourmenté depuis huit jours par un hoquet très-fatigant. Cet homme avait été pris pour la première fois d'une fièvre intermittente en 1859; depuis, il en avait eu de nombreuses rechutes sous des types divers. Il y avait trois mois qu'il n'avait ressenti aucun symptôme fébrile, lorsque dans la soirée du 11 septembre dernier, après avoir été exposé toute la journée à un soleil ardent auquel avait succédé un abaissement subit de température produit par un orage, il vit survenir vers cinq heures un frisson bientôt suivi de chaleur et de transpiration. Le lendemain 12, il fut saisi à son réveil d'un hoquet qu'il garda toute la journée et la nuit suivante; mal de tête, peu de fièvre, peu d'appétit. Le 13, matinée assez calme; vers deux heures un peu de hoquet, qui s'amenda durant quelques heures pour reparaître le soir avec plus d'intensité et persister jusqu'au lendemain matin. A partir de ce moment, les choses se sont reproduites journellement à peu près de la même manière que le 12. Le malade ne dormait pas. C'est après huit jours de ces souffrances que, déjà pâle et amaigri, il est venu réclamer les secours de la médecine.

D'abord notre confrère, après un premier examen qui dut être un peu superficiel, se borna à lui faire prendre 20 gouttes de laudanum qui ne produisirent aucun effet. Mais le second jour, 20 septembre, à l'hôpital, les antécédents, ainsi que le début et la marche de la maladie étant mieux connus, le traitement par le sulfate de quinine fut institué, et il en fut administré 1 gramme en solution avec 15 gouttes de laudanum. Le 21, mieux sensible; il n'y avait eu de hoquet que vers le soir et avec moins d'intensité : 8 décigrammes de sulfate de quinine. Le 22, mieux encore, le hoquet ne s'était pas reproduit et le sommeil avait été bon : 6 décigrammes de sulfate. Nul retour de l'affection.

Il n'est guère possible de voir dans cette observation autre chose que celle d'une fièvre larvée, qui s'est révélée par un hoquet intermittent affectant le type quotidien doublé. Les antécédents du malade, l'accès classique qui a précédé l'apparition du hoquet, la persistance du mal après l'administration du laudanum seul, son amendement immédiat après la première dose de la quinine, la guérison rapide par la continuation de ce médicament, forment un ensemble de raisons qui ne permettent guère de douter que telle ne fût la nature du mal. (*Gaz. hebdomad.*, 1865, numéro 14.)

Un nouveau mode de suture. On ne compte plus aujourd'hui tous les essais de suture qui ont été tentés. A la suture en surjet, aux sutures entortillée, enchevillée, en bourse, à points passés, à la suture métallique, on a ajouté la *suture à bandelette*, la *suture élastique*, la *suture à plaques latérales*, la suture à épingles latérales, inventée par M. Legros, d'Aubusson.

M. Gaillard (de Saint-Julien-le-Petit) vient d'inventer un nouveau mode de suture, dite *suture à griffes à ressort en caoutchouc*.

Voici en deux mots le procédé :

Une épingle est recourbée plusieurs fois, de façon à produire une épingle double, au talon de laquelle il y a une double plicature en sens opposé, comme les plicatures des tubes de sûreté pour les expériences chimiques. On place de chaque côté de la plaie qu'on veut réunir une des griffes ainsi obtenues, et on les réunit par des liens de caoutchouc, qui prennent point d'appui sur les courbures du talon de la griffe.

Dans cette suture, on ne traverse pas la plaie, et la force réunissante prend ses points d'appui seulement sur les lèvres de la solution de continuité. Dans le procédé de M. Legros, d'Aubusson, le même effet est obtenu en unissant les plaies au moyen d'épingles placées parallèlement et réunies par des fils de lin ou élastiques passant au-dessus de la solution de continuité.

M. Gaillard a aussi proposé une modification à la suture entortillée.

Une bande de caoutchouc percée et munie d'un œillet est engagée sous la tête ou sous la pointe de l'aiguille, qui passent, l'une à travers l'œillet, et l'autre à travers la bande de caoutchouc. On fait ensuite la suture en 8 de chiffre avec un fil ordinaire par-dessus l'aiguille ainsi disposée.

Ce dernier procédé est très ingénieux, mais on se rappellera que déjà l'on a placé une bande de diachylon, non-seulement sous les têtes et les pointes des épingles à suture, mais encore que l'on a placé une plaque percée d'une fente à travers laquelle on passait la pointe et la tête de l'é-

pingle, de sorte que la plaque de diachylon formait le moyen de contention de la suture.

Mais tous ces procédés sont-ils utiles ? Voilà la question.

Pour les chirurgiens français, les réunions de plaies tentées dans le but d'en hâter la guérison et d'empêcher des cicatrices étendues n'ont besoin que d'être faites avec des bandelettes de diachylon ou des sutures entortillées.

Toutes les fistules opérées peuvent être réunies par la suture métallique à points passés. Pourvu que l'avivement soit large et que les points de suture soient rapprochés, la réunion est toujours assurée. Rendons ici justice à l'esprit pratique des Américains; ils ont formulé et appliqué le mieux cette proposition, qui leur fera longtemps honneur. (*Gazette des hôpitaux.*)

Conjonctivite purulente blennorrhagique guérie par des injections d'un mélange d'eau et d'alcool. Ce mode de traitement vient d'être employé par M. Gosselin à l'hôpital de la Pitié.

Un homme de vingt-deux ans entre dans son service le 22 mars, atteint d'une conjonctivite purulente blennorrhagique de l'œil gauche.

Le début des accidents remontait à cinq jours, et le malade n'avait encore subi aucun traitement, lorsque nous pûmes constater les symptômes suivants : les paupières de l'œil gauche sont gonflées, rouges et luisantes; leurs bords libres sont agglutinés par un pus épais et jaunâtre. En les écartant l'un de l'autre, on remarque une photophobie intense qui provoque une contraction énergique de l'orbiculaire.

La conjonctive palpébrale est rouge et épaisse, et le cul-de-sac inférieur rempli par une grande quantité de pus. La conjonctive oculaire, fortement injectée, forme un chémosis inflammatoire considérable autour de la cornée et présente à sa surface de petits dépôts purulents. La cornée, qui est voilée par du pus, est saine, transparente, sans ulcération ni opacité; aucun trouble dans la chambre antérieure; l'iris est également sain, et la pupille régulière et mobile.

De plus, le malade accuse des douleurs circumorbitaires très-fortes, l'autre œil est sain. Une légère pression sur la verge fait sortir une goutte de muco-pus épais et jaunâtre. La blennorrhagie datait d'un mois à peu près, lorsque l'œil gauche s'est enflammé, sans que le malade puisse se rappeler le moment de l'inoculation, et la manière dont elle a pu se faire.

M. Gosselin commence le 23 mars, au matin, le traitement suivant :

Injection, toutes les deux heures, d'un mélange contenant un tiers d'alcool ordinaire pour deux tiers d'eau ; une personne écarte fortement les paupières, tandis qu'une autre pousse l'injection avec une petite seringue en verre.

La première injection produit une douleur très-vive, mais qui ne dure pas plus de dix minutes ; dans l'intervalle des injections, le malade doit tenir sur son œil des compresses imbibées d'eau froide.

Le lendemain 24, il y a moins de suppuration, et les injections ne font presque plus souffrir le malade.

Le 25. Diminution assez notable de la suppuration, injections non plus toutes les deux heures, mais toutes les quatre heures du même mélange au tiers.

Le 26. Le gonflement des paupières et le chémosis ont diminué très-notablement. A partir de ce jour, le malade tiendra sur son œil des compresses imbibées du même mélange au tiers, avec lequel on ne fera plus que trois injections dans la journée.

Dix jours après le début du traitement, la guérison était complète.

M. Gosselin n'avait pas manqué de faire au malade toutes les recommandations nécessaires, pour l'empêcher d'inoculer l'œil droit, soit avec le produit de la blennorrhagie, soit avec le pus de l'œil gauche. Néanmoins, pendant les premiers jours d'avril, la conjonctive droite a présenté dans toute son étendue une injection et une rougeur qui ont donné des craintes. Cette conjonctivite a disparu promptement après trois applications de compresses imprégnées d'alcool mélangé de trois quarts d'eau. (*Gazette des hôpitaux.*)

Traitement du tétanos par l'application locale du tabac. Le docteur Tyrrell vient de donner la relation d'un cas de tétanos traumatique traité par des lotions de tabac sur la blessure, point de départ du tétanos.

Deux ans auparavant, le docteur Haughton avait conseillé l'emploi de la nicotine à l'intérieur dans les cas de tétanos. A ce mode d'administration, le docteur Tyrrell préfère des lotions exté-

rieures, car, suivant lui, les lotions de tabac agissant sur la périphérie nerveuse, dont l'irritation est le point de départ des convulsions tétaniques réflexes, en paralyse les filets nerveux plus sûrement que si le principe actif était donné à l'intérieur.

Voici, en peu de mots, l'histoire du malade observé par le docteur Tyrrell.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, peintre, lequel fut amené à l'hôpital de Jervis-street dans un état d'extrême prostration, avec du trismus, les muscles dorsaux et cervicaux très-rigides. Il avait conservé sa connaissance, mais pouvait à peine articuler quelques paroles, dans l'impossibilité où il était de desserrer les dents. Il était baigné d'une sueur froide; son pouls était à 95, faible et intermittent.

Ce tétanos était survenu à la suite d'une plaie contuse fort légère que le malade s'était faite à l'aile du nez douze jours auparavant. Pour agrandir les surfaces d'absorption, comme la plaie était de très-peu d'étendue, on fit, à l'aide d'eau bouillante et de collodion vésicant, une très-forte vésication sur l'aile du nez, la joue et la partie postérieure du cou. On fit une infusion au vingtième de feuilles entières de tabac; on appliqua l'eau et les feuilles (on avait employé 30 grammes de feuilles de tabac). La nuit fut mauvaise, la rigidité avait augmenté, elle s'étendait à presque tout le corps. On fit une nouvelle application de tabac. Vers le soir, le pouls s'était un peu relevé, on put faire desserrer un peu les dents au malade; on put lui faire prendre très-difficilement une potion avec teinture d'opium et eau-de-vie. Pendant les premières heures de la nuit, le malade se réveillait en sursaut avec agitation; vers la fin de la nuit, il s'endormit. Le surlendemain la roideur avait un peu diminué, mais le malade était pris de délire avec agitation et cris; le pouls était remonté à 102.

Quand le délire cessa, deux jours après, la roideur avait beaucoup diminué, et l'amélioration se prononça de jour en jour. On avait, pendant tout le temps de la maladie, soutenu le patient en l'alimentant à l'aide de la sonde œsophagienne.

Lorsque le tétanos eut complétement cessé, le malade, pris de frissons, eut une broncho-pneumonie intense, dont il guérit cependant. (*Société chirurgicale de Dublin.*)

Bons effets de la section du nerf lingual dans un cas de cancer de la langue. Nous avons déjà, nos lecteurs peuvent s'en souvenir, rapporté des faits de ce genre, dus à M. Hilton (t. XLI, p. 92, 1851), et à M. Moore (t. LXI, p. 551, 1861). Sans revenir sur les considérations que nous avons alors ajoutées à la relation de ces faits, nous en rapporterons un nouveau, emprunté également à un chirurgien anglais, M. Collis, et montrant, comme les précédents, le parti qu'on peut tirer d'une opération, sans gravité en elle-même, sinon pour la guérison, du moins pour le soulagement des malheureux malades affectés de la cruelle maladie dont il s'agit.

Michel Kennedy, âgé d'environ cinquante ans, était atteint depuis quatorze mois d'une ulcération du côté gauche de la langue, dont l'origine était attribuée à l'irritation causée par une dent ébréchée, la première molaire inférieure. L'ulcération s'étendait d'avant en arrière, de la pointe de la langue jusqu'au delà de la dernière molaire, et présentait une large surface, occupant non-seulement le bord, mais encore une grande partie des faces inférieure et dorsale de l'organe, gagnant même un peu à droite au delà de la ligne médiane; les dents s'y imprimaient profondément, surtout la première molaire. La glande sous-maxillaire et les ganglions lymphatiques avoisinant l'angle de la mâchoire, étaient considérablement augmentés de volume. Il s'était produit une infiltration profonde du corps de la langue, d'où résultait un aspect comme noueux, et une sensation de dureté à la palpation, qui, au premier abord, auraient rendu difficile de décider à quoi l'on avait affaire, d'un squirrhe ou d'un épithélioma, si les commémoratifs du début n'avaient démontré qu'il s'agissait de la dernière de ces formes cancéreuses. La douleur avait été un des premiers symptômes, s'étant manifestée avec l'ulcération : depuis, elle était allée toujours croissant, et au commencement de décembre 1863 elle était constante, très-intense, souvent même intolérable, au point de priver totalement le malade de sommeil et de le mettre dans l'impossibilité absolue de se livrer à aucun travail. Il avait fait le tour des hôpitaux de Londres, et y avait été soumis à divers traitements par les caustiques, par les narcotiques, le tout sans aucune espèce de soulagement. Nulle part, on ne sem-

blait avoir songé à la section du nerf lingual, quoique, dit M. Collis, cette opération se trouvât nettement indiquée dans ce cas, puisque la maladie était encore limitée à la partie de l'organe fournie par ce nerf. Immédiatement proposée, elle fut acceptée avec empressement, et exécutée le 18 novembre de la manière suivante :

Le malade placé sur une chaise en face de la lumière, le chirurgien introduit l'index gauche dans la bouche, jusque sur la dernière molaire. Portant alors la pointe d'un fort bistouri courbe sur ce doigt comme conducteur, il fit une incision d'un peu moins d'un pouce de longueur, suivant une ligne se dirigeant obliquement dans le sens de l'angle du maxillaire, à un demi-pouce environ de cette dent, et à trois quarts de pouce au-dessous de son niveau, incision comprenant toutes les parties molles jusqu'à l'os, et, par conséquent, avec la muqueuse, le nerf lingual et probablement quelques fibres du mylo-hyoïdien. La douleur fut intense, mais momentanée.

Dès la nuit suivante, le malade put se livrer à un repos, pour la première fois depuis près d'un an, non interrompu par la souffrance. Le lendemain l'ulcération était insensible au toucher, exempte de douleur spontanée, et depuis les choses sont demeurées les mêmes sous ce rapport. Mais les suites avantageuses de l'opération ne restèrent pas bornées à ce premier résultat. Au bout d'un petit nombre de jours, il s'en produisit un autre sur lequel on n'avait pas compté. La surface de l'ulcération perdit de sa couleur vive, les bords revêtirent une apparence annonçant un travail de cicatrisation, et, en effet, au bout de huit jours, l'ulcération était considérablement diminuée d'étendue, et en trois semaines, la surface supérieure et les bords se trouvèrent cicatrisés, sauf une petite étendue à la face inférieure de l'organe, d'aspect verruqueux, ulcérée, mais non douloureuse. Quinze jours après l'opération, on enleva la molaire qui, par sa pression sur la langue, continuait à être nuisible. Il est resté de la douleur, et assez intense, dans les glandes et dans la tempe, ainsi que sur le côté droit de la langue. Le chirurgien se proposait de pratiquer également la section du lingual de ce côté pour faire disparaître cette dernière douleur.

Peut-être se demandera-t-on, en voyant la cicatrisation d'une ulcération regardée comme cancéreuse, si la maladie avait en réalité ce caractère. La persistance d'une partie comme verruqueuse et à surface ulcérée, celle de l'engorgement des ganglions, etc., nous portent à l'admettre. Quoi qu'il en soit, il reste de ce fait un enseignement pratique important, c'est à savoir le parti qu'on peut tirer de la section du nerf lingual dans des cas de ce genre pour le soulagement des malades, et le concours qu'apporte à la réparation des plaies la suppression de la douleur. (*Dublin. Quart. journ. of med. sc.*, février 1865.)

Tumeur de la langue, ligature des artères linguales, atrophie de la tumeur. Dans la séance de la Société de Chirurgie du 10 mai dernier, M. Demarquay a présenté à ses collègues un homme de quarante-huit ans qui, atteint d'une tumeur de la langue, avait fini par éprouver une gêne considérable dans la mastication, la déglutition, la phonation, la respiration, ainsi qu'une altération sérieuse de la santé générale. Le malade en était arrivé à ne plus pouvoir manger et à ne respirer qu'avec une difficulté telle, que le chirurgien était sur le point de lui pratiquer la trachéotomie comme opération préalable, lorsque l'idée lui vint de lier les deux artères linguales, dans le but d'amener ainsi l'atrophie de la tumeur. Cette opération a eu les résultats qu'en espérait M. Demarquay : dès le lendemain, la tumeur était moins volumineuse, et depuis elle a continué à s'atrophier d'une manière progressive. Bien que le malade ne soit pas encore guéri, il peut du moins parler, manger, avaler ses aliments, et sa santé générale est redevenue excellente.

A cette occasion, M. Broca a fait observer que la priorité de l'idée et de son application appartient à l'inventeur de la circulation, à Harvey, qui, chez un individu affecté d'une tumeur volumineuse du testicule, fit la ligature de l'artère spermatique et obtint ainsi l'atrophie de cette tumeur.

Nous pouvons ajouter que, outre que cette méthode a été mise à contribution pour le traitement de certaines maladies, telles que l'éléphantiasis, elle a été spécialement appliquée plusieurs fois déjà à celui d'affections cancéreuses de l'organe même, siége de la maladie dans le cas de M. Demarquay ; elle l'a été, croyons-nous, par Amussat, elle l'a été par M. Mirault, elle l'a été par M. Moore, simul-

tanément avec la section du nerf lingual, dans un cas que nous avons analysé dans le tome LXI de notre journal. Ces faits antérieurs n'enlèvent du reste rien à la valeur de celui que vient de faire connaître le savant chirurgien de la maison municipale de santé, et qui est un encouragement à recourir au même moyen, dans les cas où il pourra se trouver applicable. (*Société de chirurgie.*)

Nouvelle méthode curative des maladies des fosses nasales. Weber de Halle a démontré que lorsqu'une des deux fosses nasales est remplie par un liquide soumis à la pression hydrostatique, si le sujet respire en même temps, le voile du palais se relève de manière à fermer au liquide tout accès dans le pharynx, et ce liquide sort par l'autre narine.

Utilisant cette donnée, M. Tudichum recommande, pour les injections soit détersives, soit médicamenteuses des fosses nasales, l'appareil suivant :

Sur un pied solidement assujetti, il fixe un verre cylindrique très-haut, de la capacité d'un litre et demi. Le fond de ce verre est percé d'un trou auquel s'adapte un tuyau en caoutchouc, tuyau qu'on peut, à volonté, ouvrir ou fermer à l'aide d'un robinet. Si maintenant, vous supposez ce tuyau terminé par un bout mobile d'une grosseur telle qu'il n'entre dans la narine qu'à frottement, vous comprenez qu'en ouvrant plus ou moins le robinet, vous projetez dans les fosses nasales un jet de liquide plus ou moins fort, qui, selon sa composition, les absterge ou y porte un liquide médicamenteux. M. Tudichum recommande de tenir, durant l'injection, le malade dans le décubitus horizontal.

Avec ce moyen perfectionné, la médication topique, si illusoire jusqu'à présent pour le traitement des maladies des fosses nasales, devient un secours d'autant plus précieux que la continuité du jet habitue bientôt le malade à en supporter le contact mieux qu'il ne le fait pour les injections ordinaires. Avec un peu d'habitude de l'opérateur, et de patience de l'opéré, on parvient ainsi à faire pénétrer le liquide jusque dans l'antre d'Hygmor et même dans les sinus frontaux. (*The Lancet.*)

VARIÉTÉS.

L'hôpital de la Maternité.

L'administration de l'Assistance publique poursuit avec persévérance l'exécution, dans ses hôpitaux et ses hospices, de travaux variés qui ont pour objet de perfectionner l'hygiène de ses établissements.

C'est ainsi qu'elle vient de réaliser, dans l'installation des services de la Maternité, des améliorations d'une grande importance.

Les salles affectées aux femmes en couches ont été subdivisées de telle sorte qu'elles puissent être soumises à une alternance régulière et efficace. Chaque subdivision ne contient que six lits séparés par des cloisons disposées anciennement pour former des chambres assez spacieuses, ouvertes d'un côté. Chacune d'elles possède une large fenêtre qui l'éclaire et peut la ventiler. Aux poêles pour le chauffage on a substitué des cheminées. Un de ces appareils établi au centre de chaque division de six lits joue un double rôle : il fonctionne comme extracteur de l'air vicié, et il introduit par appel, au moyen de larges prises formées dans les deux murs de face, une abondante quantité d'air qui, chauffé autour du tuyau de fumée, débouche circulairement dans la salle près du plafond.

Pendant la saison d'été, le renouvellement de l'air se fera, soit au moyen de l'ouverture totale ou partielle des fenêtres, soit par des orifices ménagés de manière à introduire l'air extérieur sans que les femmes puissent en être incommodées. Il ne sera pas impossible, même hors de la saison d'hiver, d'entretenir dans la cheminée, qui serait disposée spécialement pour cet usage, un petit

foyer formant appel pour amener l'air neuf dans la salle, lorsqu'il y aura obstacle à une ventilation naturelle suffisante, notamment durant la nuit.

Toutes les fois qu'une division sera occupée, la division contiguë restera vide et sera soumise à une aération presque constante. Les quatre sections qui composent une salle étant séparées encore par l'office qui en forme la partie centrale, il y aura, entre chacune des deux divisions de six lits occupées par des femmes en couches, un assez grand espace incessamment assaini par une circulation d'air entretenue, selon le temps, par l'ouverture rationnelle des fenêtres ou par celle des orifices disposés dans leurs vantaux.

D'autres dispositions complètent ces améliorations. Toutes les salles ont été repeintes à l'huile. Le linge provenant des lits des femmes, à peine recueilli, sera jeté dans une trémie correspondant à un coffre situé au rez-de-chaussée et, par conséquent, loin de la salle, soustraite ainsi à l'influence des miasmes délétères. Des lieux d'aisances, construits selon le mode anglais perfectionné qui fonctionne déjà avec succès dans les hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, suppriment toute émanation malsaine ou même désagréable.

Les infirmeries, divisées en très-petites salles, ont reçu des arrangements analogues; les poêles ont été remplacés par des cheminées du système adopté pour les salles affectées aux femmes accouchées valides. Les lieux d'aisances et les offices ne laissent rien à désirer sous le rapport de la salubrité. Des trémies permettent également de se débarrasser rapidement du linge souillé.

Chaque chambre contient de deux à quatre lits; provisoirement et à titre d'essai, les rideaux de lit ont été supprimés : on suppléera par des paravents mobiles aux besoins accidentels qui pourraient se produire.

Enfin, l'on a intercepté toute communication directe entre les salles de femmes en couches et l'infirmerie.

Les médecins et les élèves appelés accidentellement dans les services des femmes accouchées devront s'y rendre avant leur visite à l'infirmerie, et après cette visite, ils ne pourront rentrer immédiatement dans les salles des femmes en couches non malades. Des précautions semblables ont été prises en ce qui touche les autopsies.

Ces divers arrangements, qui seront complétés par la construction d'une infirmerie édifiée dans les jardins de l'établissement, et par des modifications introduites dans les bâtiments de l'ancien cloître, ont entraîné la suppression d'un certain nombre de lits. L'administration y a pourvu en installant un service provisoire dans l'ancien hospice Devillas, et en créant, au milieu des jardins de l'hôpital Cochin, un nouveau service d'accouchement, construit dans des conditions toutes nouvelles. Le bâtiment spécial destiné à contenir ce service est achevé; il pourra être occupé d'ici à deux mois. Nous en parlerons avec plus de détail à l'époque de son ouverture. (*Moniteur universel.*)

Par décret en date du 6 mai 1865, M. le docteur Vizerie, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Par décret en date du 9 mai 1865 ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Bonaccorsi, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Bastia.

Au grade de chevalier : M. Bonnet-Large, vétérinaire en deuxième au 12e régiment d'artillerie.

Par décret en date du 17 mai 1865 ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier: MM. Houueau, médecin principal de 2e classe, et Mouillac, médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Azaïs et Gouchet, médecins-majors de 2e classe, Tardif, médecin aide-major de 1re classe.

Notre distingué collaborateur M. Gubler, dont les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* n'ont point oublié les derniers travaux sur l'aconitine, le bromure de potassium, etc., vient d'être élu au premier tour de scrutin membre de l'Académie de médecine, dans la section de thérapeutique.

M. Paul Schützenberger, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, vient d'être appelé à Paris comme préparateur au Collége de France.

Le concours pour deux places de chirurgien au Bureau central des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Péan et Tarnier.

M. le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre et ancien président de la Société de chirurgie, chevalier de la Légion d'honneur, qu'une longue et douloureuse maladie avait tenu éloigné de son service et de sa clientèle, vient de mourir subitement. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'un nombreux concours de collègues et d'amis.

M. le docteur Hiffelsheim vient de succomber à Paris, à l'âge de trente-sept ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

On lit la triste nouvelle suivante dans les journaux :

Un assassinat a été commis sur un médecin de Lorient, M. Lediberder, par le nommé Vincent-Clément Le Nahénec, ancien tanneur à Guéméné-sur-Scorff, aujourd'hui rentier.

Cet individu, âgé de soixante-huit ans et qui est atteint d'une affection qui le rend hypocondriaque, se présenta, vers une heure un quart, chez M. Lediberger pour régler une note d'honoraires que celui-ci lui avait envoyée.

Après quelques paroles paisiblement échangées, il déchargea à bout portant sur le docteur les deux coups d'un pistolet chargé à balles, dont l'une est entrée dans la poitrine et l'autre dans le flanc.

« Malheureux ! dit M. Lediberder, vous venez de m'assassiner.

— Ah ! répondit l'assassin, vous m'aviez promis de me guérir. »

Puis il déchargea sur lui-même un second pistolet à un seul coup, chargé de deux balles, qui n'ont fait qu'effleurer sa tête et que l'on a retrouvées depuis dans les boiseries du cabinet.

Immédiatement saisi et garrotté par les domestiques accourus au bruit des détonations, Le Nahénec fut bientôt écroué à la prison.

L'état de M. Lediberder, quoique très-grave, laisse espérer de le sauver.

Avis à ceux de nos confrères qui sont pour le non restreint.

Nous avons aussi à annoncer la mort du docteur Ibrelisle, fondateur de la Société des sciences médicales de la Moselle.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Contribution à l'étude du traitement des maladies du cœur.

Par M. le docteur Ferrand, ancien interne lauréat des hôpitaux.

Si l'on parcourt dans les auteurs de ce siècle les chapitres consacrés au traitement des maladies du cœur, on est loin de rencontrer une grande conformité de vues, non-seulement dans l'application, mais dans les bases mêmes qui peuvent asseoir la détermination d'une indication.

Quant aux siècles qui nous ont précédés, ayant méconnu la relation physiologique qui unit aux fonctions du centre circulatoire les symptômes si nombreux de ses altérations, ils n'ont pu avoir qu'une idée fort imparfaite du sujet; de là le peu qu'ils ont fait pour le traitement de ces maladies.

Il fallait les récents travaux de la physiologie pour apporter dans cette question les éléments d'une distinction rationnelle; et en donnant à ses résultats le caractère d'une signature qu'on ne peut nier, le sphygmographe n'aura pas peu contribué à cet effet.

L'école physiologique, en saisissant ces rapports, a pu exagérer la portée des faits qu'elle a mis en lumière, et dépasser son but; rendons-lui toutefois cette justice, que, sous la puissante impulsion que lui imprima le génie de Harvey, elle a ramené la question à ses termes essentiels.

Sans doute l'école anatomo-physiologique ne fut pas toujours heureuse dans ses applications à la thérapeutique. C'est ainsi que l'auscultation, qui, en précisant si nettement le siége du mal et ses conditions physiques, paraissait devoir être la source d'une nouvelle série d'indications efficaces, l'auscultation, on le sait, n'a pas tenu toutes ses promesses; et c'est en faisant allusion aux réserves qu'elle impose qu'on a pu formuler le reproche suivant : « on a accusé la médecine contemporaine de s'occuper trop exclusivement de la nature et du diagnostic de la maladie et d'en négliger le traitement... » (Stokes, *in Traité des maladies du cœur.*)

Comment rejeter absolument ce reproche, quand on voit, parmi les auteurs qui se sont plus spécialement occupés des maladies du cœur, la plupart aboutir à un complet scepticisme et le traduire par un aveu d'impuissance radicale. Et cela, parce qu'on ne saisit pas assez le lien rationnel qui unit le remède et le malade.

Ce lien rationnel, c'est l'indication : en poser les termes, en donner les caractères, indiquer les moyens d'y obvier, c'est aujourd'hui ce qu'il y a de plus directement pratique dans la science. C'est à quoi je veux m'attacher ici en cherchant à préciser les caractères d'un de ces éléments qui peut devenir source abondante d'applications thérapeutiques.

Pour être puisé dans l'ordre des faits physiques, cet élément n'en a pas moins une réelle importance; et autant il serait faux de considérer isolément, et dans leur simplicité mécanique, de telles indications, autant il serait fâcheux de méconnaître leurs rapports immédiats avec la maladie du cœur qui les domine.

Quarante observations originales recueillies par moi dans les services de mes maîtres et sous leurs yeux formeront la base clinique de ces études, que je suis heureux de placer sous leur bienveillant patronage. Si elles peuvent apporter de bons éléments à la solution d'une question si importante, on les attribuera aux exemples si prudents et si sûrs de Ch. de Saint-Laurent, notre chef tant regretté; à l'observation aussi ingénieuse que féconde de M. Marrotte, aux préceptes solides de M. Roger; et enfin aux conseils journaliers de notre excellent maître, M. Delpech, et à sa bienveillante direction.

La tension vasculaire. — Chez un malade atteint d'affection du cœur, les indications qui naissent des conditions locales de la maladie reconnaissent trois sources capitales : le cœur d'abord à titre d'organe d'impulsion, le système capillaire ensuite, qui mesure la résistance, puis la circulation intermédiaire, dont la tension, mesurée tout à la fois par l'impulsion cardiaque et la résistance des capillaires, est sans contredit l'élément le plus important à considérer. C'est celui que nous allons étudier ici.

On entend sous ce nom de tension vasculaire l'état de compression dans lequel se trouve le sang dans les vaisseaux. Les éléments de cette condition de tension sont les suivants : l'impulsion cardiaque et le degré de perméabilité des vaisseaux, celle-ci se composant à son tour de l'élasticité et de la contractilité artérielles, du calibre total des capillaires et des frottements nécessités par la locomotion du liquide dans ses canaux, d'où l'on voit que la quantité et même la qualité de ce liquide doivent aussi contribuer à déterminer le taux de la tension vasculaire.

Or, tandis que l'impulsion cardiaque vient à chaque pulsation élever alternativement cette tension dans les artères, l'élasticité de ces vaisseaux tend à diminuer cet accroissement alternatif et à rendre

la tension uniforme, ce qu'elle est dans le reste du système, à moins que les contractions et les obstructions locales ne viennent l'influencer.

Telle est la tension vasculaire, dont j'ai cru nécessaire de rappeler les conditions essentielles pour en poser les signes et en rechercher la valeur séméiologique.

On peut, d'une manière générale, dire que toute condition qui tend à modifier le rapport qu'il y a dans le système circulatoire entre le contenant et le contenu tend à y modifier la tension; — si la perméabilité augmente ou que le sang diminue, la tension s'abaisse ; elle s'élève dans le cas contraire.

D'où l'on voit que si l'impulsion cardiaque augmente, soit que le cœur lance dans les vaisseaux une plus grande quantité de sang à la fois, soit qu'il le lance plus violemment, la tension augmente. Si la dilatation artérielle se fait facile et étendue, la tension diminue. Elle augmente quand l'élasticité puissante ramène l'artère à son calibre de systole. Elle diminue dans tout relâchement vasculaire et augmente quand la contractilité est mise en jeu en un point quelconque du système. Enfin un liquide par trop fluide et aqueux peut aussi diminuer la tension qu'augmente un liquide dense et riche en éléments plastiques.

Mais la quantité surtout du liquide en circulation est importante pour régler la tension ; celle-ci augmente et diminue avec celle-là et dans la même proportion.

Quant aux effets principaux produits par les variations dans la tension vasculaire, ce sont les suivants :

Une forte tension ralentit les battements du cœur et la vitesse du cours du sang dans les vaisseaux. Par là même elle ralentit le pouls ; et, de plus, elle en augmente la force et en diminue l'amplitude.

Étudié à l'aide du sphygmographe, le pouls donne, dans les deux cas, des tracés tellement différents, qu'ils marquent on ne peut mieux la distinction entre ces deux états. Le tracé, en cas de tension faible, offre, pour chaque pulsation, une ligne d'ascension étendue et qui se rapproche de la verticale ; le plateau est peu étendu et incliné du côté de la ligne de descente, celle-ci présentant une obliquité variable et une direction ondulée qui peut aller jusqu'au dicrotisme.

En cas de forte tension, au contraire, le tracé offre une ligne d'ascension d'une médiocre étendue, qui s'éloigne un peu de la verticale pour s'unir, par un angle mousse, parfois même par une

courbe, à un plateau convexe lui-même et assez étendu, horizontal d'ailleurs, quelquefois même oblique en montant du côté de la ligne de descente. Cette dernière, quelquefois aussi légèrement convexe, se termine par une pente douce très-voisine de l'horizontale et sans ondulations.

En rapprochant ces données graphiques des caractères émis par les anciens, on trouve que le pouls de la faible tension est le pouls vite (ligne d'ascension brusque), le pouls saillant (ligne d'ascension étendue), le pouls dépressible (plateau court et descendant), le pouls ondulant (ondulations de la ligne de descente); on trouve, d'autre part, que le pouls de la tension forte est le pouls lent (ligne d'ascension inclinée), le pouls concentré (ligne d'ascension peu développée), le pouls dur (plateau large et horizontal), le pouls résistant (ligne de descente sans ondulations).

Le sphygmographe a même révélé une grave erreur d'appréciation, qui a dû souvent être préjudiciable au malade : c'est celle qui consiste à prendre pour un pouls fort le pouls de la faible tension et pour un pouls faible le pouls de la forte tension. Si l'on ne s'en rapporte qu'à leur développement, il est impossible, en effet, d'éviter cette erreur de la sensation tactile; mais si l'on est prévenu; si surtout on a pu comparer alternativement, avec le sphygmographe et le doigt, les deux pouls différents, on ne saurait plus s'y tromper. A part les autres caractères, c'est à sa résistance qu'on reconnaîtra le pouls fort, et à sa facile dépression qu'on mesurera le pouls faible.

Cette erreur d'appréciation, que les anciens ne pouvaient éviter, finit par faire renoncer à la plupart des indications que le pouls doit fournir; et nous voyons Andral arriver à cette conclusion, que le pouls n'a que peu de valeur pour le diagnostic de la maladie du cœur, et, surtout, que sa force n'est nullement en rapport avec celle du cœur.

Il importait de bien poser cette distinction, qui me paraît devenue capitale dans la sphygmique moderne si l'on veut apprécier exactement l'état de la circulation et l'indication qu'elle commande.

Disons, toutefois, que les caractères du pouls n'ont pas toujours une signification aussi nette relativement à l'état de tension vasculaire. Le pouls n'est, en définitive, qu'un mouvement produit en raison composée de l'impulsion cardiaque et de la résistance au cours du sang. Quelle que soit cette résistance, il se peut que l'impulsion cardiaque, augmentée en proportion, modifie quelque peu les caractères du tracé, allonge la ligne d'ascension et rende plus aigu l'angle du sommet. De même, on voit, en cas de tension mi-

nime, le cœur, affaibli lui-même, ne donner au tracé sphygmique qu'une médiocre amplitude.

D'ailleurs, outre les caractères fournis par le pouls, il y a encore d'autres signes par lesquels se révèle une tension vasculaire. Ce sont à peu près ceux de la pléthore séreuse ou sanguine.

C'est à elle que l'on doit rapporter en grande partie ces congestions sanguines passives qui se traduisent à la peau par de la cyanose et dans les viscères par un accroissement anormal de leur volume. C'est à elle encore que reviennent les hypersécrétions en général et en particulier ces hydropisies rapides, ces œdèmes abondants et durs, quoique passifs, que l'on rencontre si souvent.

Le malade dont le système vasculaire a élevé sa tension à un taux exagéré, a souvent, enfin, un aspect caractéristique : un état général de bouffissure appréciable, surtout à la face ; des yeux saillants et animés, quelquefois un peu d'exophthalmos, les pommettes marbrées et les mains et les pieds légèrement cyanosés ; une forte dyspnée; la respiration haute et courte, suspirieuse même ; des palpitations, avec un cœur qui se contracte péniblement, d'une façon inégale, quoique avec force ; et enfin, un pouls petit, dur, concentré, que l'on a pris souvent à tort pour un pouls faible.

En tant qu'elle agit sur l'organe cérébral, la tension vasculaire donne lieu à tous les phénomènes de la congestion, depuis le sentiment de tension jusqu'au vertige, et depuis la jactitation jusqu'au coma le plus complet.

Telle est la physionomie qu'imprime au malade l'état de haute tension vasculaire, quelle que soit, d'ailleurs, la maladie qui y ait donné lieu.

C'est à cette tension excessive qu'il faut rapporter la congestion du foie et les autres congestions viscérales multiples. Nous l'avons vue amener l'apoplexie pulmonaire, une congestion cérébrale qui suivit la suppression d'une abondante diarrhée, et même une apoplexie cérébrale, etc.

Nous en donnons comme exemple l'observation suivante, dont le sujet nous avait frappé avant que nous connussions la valeur de cette condition en particulier.

Obs. I. S*** Armandine, seize ans, couturière, entrée le 21 novembre 1859, à l'hôpital Cochin, service de M. le docteur de Saint-Laurent; salle Saint-Philippe, n° 1.

A plusieurs reprises, depuis son enfance, cette jeune fille a été retenue au lit par des douleurs ; mais jamais elle n'a éprouvé de rhumatisme aigu.

Il y a trois ans, pour la première fois, elle a remarqué de l'œdème

aux chevilles. Celui-ci se voyait surtout le soir, sans même qu'elle se fût fatigué; et l'été, dit-elle, il cessait pour reparaître l'hiver.

Il n'y a qu'un an que le ventre a grossi.

Depuis trois semaines elle tousse ; mais n'a jamais eu d'hémoptysie. Elle n'a, non plus, jamais été réglée.

Actuellement, elle se plaint surtout d'une forte dyspnée; elle ne peut marcher un peu vite ni monter les escaliers sans s'arrêter très-souvent ; elle éprouve dans le thorax une sensation de plénitude et de compression vives.

La face est bouffie, cyanosée ; les traits sont comme tendus, les lèvres bleuâtres, indiquent une hématose imparfaite. Il y a aussi une légère, mais notable exophthalmie. Le ventre est gros, tendu, contenant, dans ses parties déclives, une notable quantité de liquide. Les jambes sont fortement gonflées par l'anasarque, surtout le soir.

Respiration accélérée et pénible.

L'examen du thorax, fait en arrière d'abord, donne, à droite, une matité des deux tiers inférieurs, avec diminution des vibrations thoraciques et éloignement de la voix et de la respiration, mais avec des râles sous-crépitants; à gauche, les mêmes signes existent dans le tiers inférieur, moins l'éloignement de la voix. En avant et sous les clavicules, le son est normal.

A la région du cœur, on sent au palper un frémissement marqué. La matité n'indique pas une sensible augmentation de volume.

L'auscultation donne deux bruits anormaux : le premier, au premier temps, est superficiel et siége à la base; le deuxième, semblable à un roulement, a son maximum à la pointe.— Pas de souffle dans les vaisseaux.

La petitesse du pouls jointe à ces symptômes fit poser le diagnostic suivant : ancienne péricardite probable, et insuffisance mitrale, (10 ventouses scarifiées au précordium; séné, 20 grammes, et sirop de nerprun, 15 grammes, chiendent nitré.)

Les urines sont légèrement albumineuses.

L'usage des pilules de Bontius n'ayant produit aucun effet les premiers jours, l'eau-de-vie allemande est donnée avec résultat, le 1er décembre, à la dose de 30 grammes.

Le 3 décembre. Une amélioration notable suit cette médecine; l'œdème diminue, la respiration est plus calme, l'oppression moindre, et les douleurs ont disparu, l'ascite seule persiste.

Le 5 décembre. La diète lactée est prescrite en vue d'amener une diurèse abondante avec 2 grammes de sel de potasse seulement. La diurèse se produit en effet, mais sans grand résultat.

Le 10 décembre. L'épanchement thoracique a diminué notablement, mais l'ascite augmente; on cesse le régime lacté pour redonner 30 grammes d'eau-de-vie allemande.

Malgré cela, l'ascite étant excessive, une ponction, devenue nécessaire, est pratiquée le 15 au lieu d'élection, et donne sept litres de sérosité citrine. Pendant cette évacuation, on sent le pouls qui, loin de s'affaiblir, se relève et prend une amplitude relative qu'il n'avait pas encore présentée.

Après quelques petits accidents inflammatoires au voisinage de la piqûre, elle se trouve dans un très-bon état général. Il n'y a presque plus d'œdème des membres, mais il persiste dans le thorax. Malgré cela, elle est assez bien pour rester levée sans inconvénient. (Tis., ortie blanche, et vin de quinquina.)

Du 1er au 15 janvier. Malgré qu'elle ait fort peu d'œdème, elle présente encore des alternatives de cyanose et de dyspnée singulières, et comme les purgatifs amènent toujours du soulagement en ces cas, on lui donne à cinq reprises différentes de l'eau-de-vie allemande, 40 grammes chaque fois.

Cette médication énergique est suivie d'un mieux encore sensible; alors le cœur ayant repris des bruits plus forts et mieux frappés, on entend que le souffle du premier temps est intense et prolongé jusqu'au deuxième, et qu'il a son maximum à la pointe.

Mais peu à peu, la cyanose reparaît chaque soir, les yeux redeviennent exorbitiques, et même quelques vertiges se produisent, malgré des frictions de scille et de digitale.

Le 25. Un peu de scammonée (0,60) amène quatre selles, mais sans aucun soulagement. La dyspnée est plus vive, et les congestions pulmonaire et hépatique ont repris une intensité extrême.

L'ascite reproduite est ponctionnée le 27, et donne sept litres et demi de liquide séreux; mais le pouls reste faible et petit; un peu d'ictère se développe.

A partir de ce moment, l'asystolie fait des progrès constants, malgré les purgations qui sont encore tentées (eau-de-vie allemande, sirop de chicorée, magnésie), et la malade succombe dans les premiers jours de mars.

L'autopsie montra l'union par une bandelette fibrineuse de deux valvules sygmoïdes de l'aorte, et surtout une soudure complète et en entonnoir de la valvule mitrale, qui ne laissait à son extrémité qu'un orifice pouvant à peine admettre le bout du petit doigt. La valvule tricuspide était dans le même état, bien que son orifice eût gardé un diamètre un peu supérieur.

De plus, pleurésie double, ou plutôt épanchement sans fausses membranes, congestion séro-sanguine des deux poumons, carnification du poumon droit et infarctus hémorrhagique du poumon gauche.

Le foie volumineux, à l'aspect muscade.

Commencement de dégénérescence graisseuse de la substance corticale de l'un des reins.

L'intestin n'est le siége d'aucune altération.

Ce résumé déjà trop long d'une très-longue observation m'a paru intéressant à donner ici à plusieurs titres, et en particulier à cause du rôle capital que jouent dans tous les phénomènes qu'elle présente, les modifications de la tension sanguine.

N'est-ce pas enfin par ces modifications de la tension vasculaire que l'on doit expliquer les faits de répercussion dans lesquels une sécrétion suspendue sur un point de l'économie, amène sur un

autre la production d'un *molimen* dont l'effet sera différent, selon la structure et les fonctions de l'organe qu'il occupe ?

Telle est l'observation racontée par M. Trousseau dans sa *Clinique*, d'une femme qui, avec une affection organique du cœur, avait une diarrhée persistante, et qui mourut trois jours après la guérison de sa diarrhée, fait que j'ai observé moi-même.

Les modifications imprimées à la circulation par les variations de tension, viennent encore d'être invoquées dans une thèse récente de mon ami M. Gouraud [1], pour expliquer la production des maladies du cœur droit par le fait des affections pulmonaires. C'est par ces variations de tension que l'auteur explique la genèse de l'affection cardiaque, ses symptômes et les phénomènes secondaires auxquels elle donne lieu.

La diminution de la tension vasculaire me paraît être d'une bien moins grande importance dans le sujet qui m'occupe. Elle se produit rarement dans les maladies du cœur, et quelque anémiques que soient les malades, il est rare qu'ils le soient au point de ne pas remplir suffisamment un système vasculaire rétréci, et vers lequel affluent d'ailleurs tous les éléments de la pléthore séreuse.

Il est certain que le fait se produit, et en attendant les preuves que nous trouverons en étudiant tout spécialement les effets de la digitale, je crois pouvoir citer à l'appui de mon assertion l'observation 17 de mon recueil ; la voici :

Obs. II. S*** (Pierre), âgé de soixante ans, journalier, entre le 2 mars 1860 à l'hôpital Cochin, service de M. le docteur de Saint-Laurent, salle Saint-Jean, n° 6.

Ce malade porte tous les signes rationnels d'une maladie du cœur que l'on diagnostique être une hypertrophie avec insuffisance auriculo-ventriculaire gauche, bien qu'il n'y ait pas de souffle bien net à l'auscultation.

Le pouls est à 100, très-irrégulier comme forme et comme rhythme. Des râles sous-crépitants abondants occupent la base du poumon gauche.

On lui prescrit d'abord 40 grammes d'eau-de-vie allemande et 15 grammes de sirop de nerprun qui causent purgation et vomissement, et le laissent dans un état très-défavorable, avec de la fièvre, de la céphalalgie, des douleurs dans le ventre, le pouls ayant tous ses mêmes caractères.

Le 9 mars. Le pouls étant toujours aussi irrégulier et le malaise général persistant, quoique sans fièvre ni douleurs viscérales, on prescrit douze ventouses scarifiées.

---

[1] *De l'influence pathogénique des maladies pulmonaires sur le cœur droit.*

Le 12 mars. La dyspnée n'a guère diminué; on commence à donner au malade 15 gouttes de digitale.

Du 15 au 20. Un mieux très-remarquable se détermine; le pouls redevient régulier, quoique encore un peu inégal; la circulation semble reprendre son équilibre; et, le 22, se sentant lui-même beaucoup mieux, il demande son passage à Vincennes. Exeat.

Le même malade rentre le 16 avril avec des battements cardiaques irréguliers, sourds et profonds, et une grande sensation de gêne du côté du cœur; de plus, il offre des râles muqueux dans une certaine étendue du poumon gauche et un peu d'œdème des jambes. La digitale le remet encore et lui permet de sortir de nouveau au bout d'une dizaine de jours. Exeat.

Il rentre enfin une troisième fois, le 29 octobre, avec le facies congestif et animé, un pouls dur, inégal et irrégulier, de l'œdème considérable des deux jambes, et une légère ascite. Le foie, volumineux et sensible, déborde un peu les fausses côtes. On trouve aussi les signes d'un double œdème pulmonaire avec épanchement dans les deux plèvres, et plus à gauche qu'à droite.

Le cœur est volumineux et abaissé, ce que révèle la matité précordiale; ses battements sont forts, irréguliers, précipités, comme s'il ne parvenait pas à se vider complétement. — Il y a eu une épistaxis (douze sangsues à l'anus).

Le 31 octobre. Le mieux n'étant pas assez confirmé, on lui donne 40 grammes d'eau-de-vie allemande en deux fois, qui ne modifient que peu sa situation.

Le 5 novembre. Les battements du cœur sont toujours étendus, inégaux et irréguliers. Un léger prolongement du premier bruit vers la base fait penser qu'il s'agit d'une affection aortique. On lui donne la digitale (0,75) et cela sans succès.

Il sort le 20 novembre, à peu près dans le même état.

J'invoquerai cette observation pour expliquer le vrai rôle de la digitale quand je traiterai cette question; je ne veux pour le moment que montrer comment une tension vasculaire insuffisante peut causer des troubles dans la circulation.

Tel paraissait être l'état de cet homme les deux premières fois qu'il vint demander nos soins. En troisième lieu, les choses avaient changé; et la physionomie du malade, tournant à la cyanose et aux œdèmes passifs et abondants, indiquait que la tension vasculaire s'était bien exagérée. Aussi le traitement eût-il dû être modifié en conséquence, ce que nous ferions certainement aujourd'hui. La meilleure preuve que nous voyons ici de l'état de faible tension, c'est d'abord l'absence des signes de plénitude, puis l'effet désastreux des hydragogues, tandis qu'au contraire la digitale fut pour ainsi dire héroïque.

Les indications fournies par l'exagération de la tension sanguine

ressortent assez des considérations que j'ai développées à son sujet et des exemples que j'en ai cités.

Il faut, pour s'y opposer, s'attaquer à toutes les conditions elles-mêmes de la tension.

Et d'abord, diminuer les résistances au cours du sang par la position horizontale, en relâchant les voies de la circulation capillaire, ce que l'on peut faire à l'aide de toute excitation tant soit peu prolongée : les frictions, le massage.

Les lotions chaudes, que Morgagni avait déjà préconisées, sur les extrémités, n'agissent pas autrement qu'en dilatant les capillaires périphériques, et, par suite, augmentant la capacité du système, elles font diminuer la tension du contenu.

Il faut, de plus, diminuer la quantité du liquide contenu dans les vaisseaux.

Pour ce qui est de cette indication, deux moyens principaux se présentent pour la remplir : d'une part, les émissions sanguines ; de l'autre, les hydragogues, quelle que soit la voie par laquelle ils expulsent le liquide sécrété.

Le médicament hydragogue va chercher dans le sang la sérosité qui tend à s'épancher dans les tissus, et en lui ouvrant une autre voie il prévient un épanchement. Mais par là même, il est loin d'en tarir la source; il semble, au contraire, faire appel à la production d'une nouvelle quantité de sérosité, et l'on sait combien vite cet élément du sang s'y reproduit quand on l'en retire. Ce qui rend la digitale si précieuse, c'est qu'elle agit tout autrement, comme nous le verrons.

L'émission sanguine offre un autre danger : ne va-t-elle pas accroître l'anémie, déjà si facile à se déterminer spontanément chez le malade? Sans doute, il faut en pareil cas beaucoup de prudence et de réserve, mais quand on voit quel bénéfice immédiat les sujets retirent des émissions sanguines locales modérées; quand on réfléchit que le sang qui stagne dans un système capillaire qu'il cyanose, n'est plus une aussi grande perte pour l'économie; enfin, que l'hématose est plus entravée encore que la sanguification, on est plus disposé à tenter l'usage de ce moyen thérapeutique.

Je ne saurais poser de règles à cet égard; j'ai voulu seulement rappeler l'utilité de cette pratique et m'opposer à son abandon.

Ce sera encore diminuer la tension artérielle que de diminuer la violence de l'impulsion cardiaque par des applications calmantes ou même révulsives locales.

Quant à la diminution excessive de la tension, il est rare qu'on

ait à la traiter, car le plus souvent elle n'est que passagère, quelquefois même elle n'est que le résultat du traitement, et la circulation retombe bien vite dans cet état de tension excessive qui lui est bien plus habituel dans les maladies du cœur.

Néanmoins, dans ce cas, il va sans dire que le traitement tonique aura des effets rapidement satisfaisants. Il y a de plus un médicament spécial qui réussit à merveille dans ces conditions : c'est la digitale.

Toutes les assertions sur lesquelles repose la physiologie pathologique invoquée dans ce chapitre sont établies par l'expérience, je n'ai fait que les résumer ici, mais on en peut voir le développement dans l'ouvrage de Marey sur la physiologie de la circulation.

(*La fin au prochain numéro.*)

De l'administration du sulfate de quinine en injections sous-cutanées.

Par M. le docteur O. Pihan-Dufeillay, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École de médecine de Nantes.

D. *Injections pratiquées chez des enfants pour obvier à la répugnance causée par la saveur désagréable du sulfate de quinine.* — Le nombre des malades auxquels l'injection quinique a été pratiquée pour ce motif forme une importante catégorie ; toutefois, l'histoire de ces sujets offre un ensemble de circonstances tellement analogues, qu'il suffit d'en citer une seule pour donner une idée suffisante de tout ce groupe de faits.

Obs. VIII. La petite Mar..., vigoureuse enfant de vingt-deux mois, fut affectée d'accès de fièvre caractérisés par des convulsions au début de l'accès et une prostration presque comateuse pendant la période sudorale. L'intermittence était des mieux marquées.

Je prescrivis une solution de 40 centigrammes de sulfate de quinine dans une cuillerée de sirop que les parents durent déverser dans la bouche de l'enfant. Mais, soit par maladresse, soit par défaut d'énergie des gens qui se chargèrent d'administrer le médicament, la plus grande partie s'écoula le long des commissures labiales ; le reste de la substance fut presque immédiatement vomi.

Prescrire à nouveau la solution quinique et provoquer une nouvelle lutte entre l'enfant et des parents qu'effrayaient ses cris et ses efforts me parut chose bien difficile. Je recourus donc à l'injection sous-cutanée, que je pratiquai sans difficulté trois jours de suite, à

---

(1) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 435.

la face interne des deux bras, puis de la cuisse droite. J'administrai, par ce procédé, 25 centigrammes de sulfate de quinine, qui amoindrirent suffisamment les symptômes pour faire entrer la maladie dans une voie d'amélioration qui aboutit peu à peu à la guérison.

E. *Injection sous-cutanée de sulfate de quinine dans les cas complexes où on doit combattre simultanément plusieurs éléments morbides.* — L'élément intermittent est souvent associé à d'autres éléments morbides pour former un tout à indications thérapeutiques complexes. De là une association fréquente de divers médicaments au sulfate de quinine, association que rend aisée la variété des formules pharmacologiques. Or, ce qui s'obtient sous forme de poudres ou de pilules peut également se faire par le mélange de solutions concentrées propres à l'injection.

J'en ai déjà cité deux exemples : le premier est celui de cette jeune femme (*obs. V*) atteinte à la fois de bronchite et de fièvre intermittente chez laquelle je combattis à la fois la fièvre et l'excitation bronchique en composant les injections avec une solution concentrée de sulfate de morphine, dans laquelle fut dissous le sulfate de quinine.

De même chez la malade de l'observation VI, je cherchai à enrayer la fièvre et à calmer les douleurs gastralgiques en dissolvant le sulfate de quinine dans une solution d'atropine et de codéine.

A ces faits, j'en joindrai un troisième, également suivi d'un plein succès. Il s'agit d'un malade dont l'histoire offre une grande analogie avec celle du sujet chez lequel William Schachaud eut, pour la première fois, l'idée de pratiquer ce genre d'injection.

Obs. IX. Le sieur Cho..., maître portefaix-magasinier, fut atteint, aux mois d'octobre et novembre 1864, d'une sciatique très-douloureuse avec exacerbations quotidiennes. J'eus recours aux sangsues, aux ventouses, aux vésicatoires, à la quinine et aux calmants à l'intérieur, et j'obtins à la longue une amélioration suffisante pour permettre au malade de reprendre ses occupations.

Un mois après, il fut repris des mêmes accidents à la suite d'une journée de travail pénible sous la pluie.

La douleur sciatique reparut avec toute son énergie ; les exacerbations se montrèrent comme précédemment, et, l'inquiétude se joignant à la souffrance, l'état du sujet ne tarda point à offrir, en apparence du moins, une certaine gravité.

Cette fois, je recourus d'emblée aux injections d'atropine, puis

de morphine, telles qu'elles sont depuis plusieurs années déjà préconisées. La douleur s'amenda, mais les exacerbations demeurèrent aussi nettes que par le passé.

J'associai alors une dose de 15 centigrammes, puis de 10 et de 5 centigrammes de sulfate de quinine aux injections narcotiques que je pratiquai ainsi additionnées, cinq jours de suite.

Les exacerbations diminuèrent dès le deuxième jour; la guérison était presque complète au cinquième, c'est-à-dire après une injection totale de 40 centigrammes, et le malade, guéri de cette rechute, reprenait, peu de jours après, ses occupations.

Tel est le résumé des observations que je possède sur ce sujet. Je n'ai cru devoir citer que les plus saillantes; or, abstraction faite des indications qui résultent de la réunion chez un même sujet d'éléments morbides complexes, il ressort des faits précédents que l'absorption du sulfate de quinine injecté sous le derme est rapide, sûre et productive, même à très-faible dose, d'effets puissants.

Ce dernier point est si constant, qu'il mérite, par son importance, que nous nous y arrêtions quelques instants.

Pour obtenir un effet donné, nous avons toujours eu recours, par l'injection, à une dose de sel quinique quatre ou cinq fois moindre que celle que nous eussions administrée par la bouche. 10 centigrammes en injection m'ont fourni les mêmes résultats que 50 centigrammes par les voies digestives. Pour les cas où j'aurais prescrit 60 à 70 centigrammes par la méthode ordinaire, j'ai porté la dose de l'injection à 15 centigrammes; dans ceux enfin où il y avait indication de donner une dose élevée du médicament, soit 0,80 centigrammes à 1 gramme, j'ai porté l'injection jusqu'à 20 centigrammes. Souvent enfin, dans les circonstances opposées, je me suis borné à injecter 5 à 6 centigrammes, et cela dans les cas, chez les enfants par exemple, où je n'aurais point élevé le poids de la quinine administrée par la bouche au-dessus de 30 centigrammes.

Il est bon enfin de remarquer que, par le fait des manipulations et des transvasements successifs, il se perd toujours un peu de quinine. En y ajoutant les deux ou trois gouttes de solution qui restent entre le piston et l'extrémité de la canule, il en résulte une perte de substance active qu'on ne peut guère évaluer le plus habituellement à moins de deux ou trois centigrammes. Il faut donc, pour être certain d'injecter 5 centigrammes, agir sur 6 ou 7; pour en injecter 17 ou 18, agir sur 20, etc.

Pour se rendre compte, du reste, d'une manière nette et irréfu-

table de l'économie réalisée par le procédé des injections sous-cutanées, il suffit de comparer le poids du sulfate de quinine indiqué dans chacune de nos observations avec les doses moyennes qu'on eut employées en pareil cas par la bouche.

	INJECTIONS SOUS-CUTANÉES.	DOSE MOYENNE administrée PAR LA BOUCHE en pareil cas.	TOTAL des doses injectées.	TOTAL des doses prises p. la bouche.
			gr.	gr.
Obs. I. Fièvre simple chez un jeune homme de 20 ans	3 injections de 10 centigr. chacune..............	3 doses de 60 centigr.	0,30	1,80
Obs. II. Mêmes conditions que ci-dessus..........	3 injections de 10 centigr.	3 doses de 50 centigr.	0,30	1,50
Obs. III. Fièvre quarte très intense chez un homme vigoureux ayant déjà souffert pendant longtemps d'accès semblables......	1re injection : 15 centigr. 2e injection : 20 centigr. 3e injection : 10 centigr.	3 doses de 80 centigr.	0,65	3,60
	2 injections de 10 centigr. chacune pour assurer la convalescence..........	2 doses de 60 centigr.	»	»
Obs. IV. Accès quotidiens très-intenses; administration préalable de 2 doses de 80 centigr. de sulfate de quinine qui ont été rejetées.................	1re injection de 20 centigr. 2e injection de 15 centigr.	1re dose de 80 centig. 2e dose de 70 centigr.	0,35	1,50
Obs. V. Fièvre double tierce chez un sujet d'une grande susceptibilité...........	1re dose de 15 centigr.... 2e et 3e doses de 10 centigr.	1re dose de 60 centig. 2e et 3e d. de 50 cent.	0,85	1,60 (1)

Ce calcul ainsi fait pour les premières observations de ce mémoire pourrait aisément s'appliquer aux suivantes. Il prouve surabondamment qu'on ne saurait être taxé d'exagération en évaluant l'économie réalisée par l'injection aux quatre cinquièmes environ de la quantité qu'on eût employée par la bouche dans les mêmes cas.

Comment se pratiquent ces injections et quel est leur effet local? C'est la dernière question que nous ayons à traiter, et je le ferai brièvement.

Je me sers de la seringue dite de Pravaz, celle-là même dont on use pour pratiquer les injections d'atropine ou de perchlorure de fer. Elle contient environ 18 gouttes de liquide, soit, en calculant par les tours de vis, environ 40 petites demi-gouttes.

(1) Nous ferons remarquer que M. Erlenmeyer est, relativement aux doses, arrivé aux mêmes résultats que l'auteur de cet article; suivant le médecin allemand 2 grains (10 centigrammes) de quinine en injection produisent les mêmes effets que 12 grains (60 centigrammes) donnés à l'intérieur.

Consulter : Erlenmeyer, *Die subcutanen Injectionen der arzneimittel.* Neuvied et Leipzig, 1864. (*Note de la rédaction.*)

Avec un volume aussi restreint de l'instrument, l'important est d'obtenir une solution parfaite du sulfate de quinine dans la plus petite quantité possible de liquide. Pour cela, je me sers d'un de ces petits tubes en verre connus dans le commerce sous le nom de tubes homœopathiques. J'y introduis le sulfate de quinine, je le délaye en pâte avec 3 ou 4 gouttes d'eau, puis j'y verse goutte à goutte de l'eau de Rabel en ayant soin, après la chute de chaque goutte, d'agiter fortement le tube. Je continue de la sorte jusqu'à parfaite limpidité de la solution. Pour obtenir une solution quinique parfaite, sans précipitation rapide de cristaux, il faut toujours un très-léger excès d'acide. Cette précaution est nécessitée par le calibre capillaire de la canule, qui s'obstruerait par le passage du moindre corps solide. En supposant même que quelques fragments de cristaux pussent arriver sous le derme, leur présence dans les tissus à l'état de corps solides rendrait l'opération beaucoup plus douloureuse.

Les vingt gouttes de liquide contenues dans la seringue peuvent s'introduire sous la peau en moins de deux minutes, sans autre déperdition que la quantité de solution qui reste en avant du piston.

Le contact du liquide et des tissus produit toujours un sentiment de cuisson. Ce n'est pas toutefois à l'acide de l'eau de Rabel qu'il faut surtout attribuer cette douleur. Il est en effet neutralisé par le sulfate de quinine qu'il fait passer à l'état de bisulfate. Ainsi se trouve annihilée l'action de la quantité assez considérable d'acide nécessaire pour produire la solution : (poids égal d'eau de Rabel et de sulfate de quinine, soit 20 fortes gouttes d'eau de Rabel, représentant 5 gouttes d'acide sulfurique pour 1 gramme de sulfate de quinine).

Il n'en est plus de même de l'alcool, qui entre pour les trois quarts dans l'eau de Rabel. Cet agent, qui constitue près des deux tiers ou de la moitié le liquide à injecter, conserve ses propriétés topiques et provoque dans les tissus avec lesquels il est mis subitement en contact un sentiment de cuisson d'intensité très-variable, qui ne persiste du reste que pendant quelques courts instants. Si ce n'était la difficulté de manier l'acide sulfurique pur, on pourrait sans doute faire disparaître, au moins en partie, cet inconvénient en faisant une bouillie claire de sulfate de quinine et d'eau qu'on additionnerait d'acide sulfurique, à raison d'une goutte par 20 centigrammes.

Quand l'injection est bien pratiquée et que le sujet s'abstient pendant les quelques heures qui suivent d'exercice violent du membre, l'injection ne laisse aucune espèce de trace. On peut ainsi la prati-

quer successivement à la face interne des bras, des cuisses, à la paroi latérale de la poitrine, etc., sans crainte aucune de ses conséquences.

Dans les cas d'exercice exagéré du membre, consécutif à l'administration d'une ou plusieurs injections, il peut survenir de la rougeur des lymphatiques et de l'engagement des ganglions (voy. obs. I et II). Des onctions chaudes et un peu de repos m'ont toujours suffi pour enrayer ces petits accidents.

Il est encore une recommandation qui concerne la ponction de la peau et qu'il est bon de rappeler. Le trocart capillaire s'enfonce avec une extrême facilité par un petit coup sec dans la peau bien tendue. Il faut, cela va de soi, l'enfoncer parallèlement à la peau, mais faut-il encore que cette ponction ait une certaine profondeur. Dans les cas où l'extrémité de la canule, à peine fichée dans la peau, se trouve trop superficiellement placée sous l'épiderme, le liquide, pressé par le piston de la seringue, décolle le tissu, forme de petites bosselures sous l'épiderme et devient ainsi le point de départ certain d'un petit abcès dont la base s'indure et autour duquel s'engagent les tissus. J'ai été témoin, lors des premières injections que je pratiquai, de trois faits de ce genre qui ont provoqué des indurations d'assez longue durée, sans avoir jamais eu, du reste, de suites bien fâcheuses. Depuis, en enfonçant la canule plus hardiment et plus profondément sous le derme, j'ai toujours évité cette petite complication.

Dans les cas où on veut associer à l'emploi du sulfate de quinine l'usage d'autres agents, on remplace l'eau qui sert à délayer la quinine par une solution de cet agent. Le procédé opératoire et les conséquences de l'injection ne subissent aucune modification de cette addition.

Tels sont les faits dont l'importance m'a paru assez grande pour mériter d'être signalés. Il serait sans doute aisé de les commenter en détail et de passer du simple exposé auquel je me suis borné à l'étude dogmatique des lois en vertu desquelles ils se sont produits. C'est là toutefois un aspect de mon sujet auquel je ne m'arrêterai point, voulant laisser à cette communication un caractère essentiellemet pratique, qui ne saurait rien gagner aux discussions souvent fort hypothétiques de la théorie. Je ferai cependant remarquer de quel poids la rapidité et l'énergie des effets généraux de la quinine injectée sous le derme doivent peser en faveur de la théorie que Ch. Hunter a émise sur le mode d'action des injections narcotiques sous-cutanées ; ce sera d'ailleurs, toutes réserves faites

sur le rôle que joue l'engorgement de la rate dans les fièvres à accès, répondre du même coup aux objections qui m'ont été faites sur le choix du lieu où je pratique mes injections ; l'introduction de la quinine dans la région splénique ayant paru aux yeux de quelques collègues préférable aux injections faites sur les membres. — Bien que M. le professeur Courty ait cru devoir poursuivre avec l'instrument jusque dans les troncs nerveux profonds la douleur qu'il cherchait à combattre par les injections ; bien que M. le professeur Béhier, d'abord partisan de l'action médicatrice générale du narcotique injecté, se soit plus récemment attaché à réfuter la doctrine de Ch. Hunter, qui assignait dans ces injections le principal rôle thérapeutique à l'action générale du médicament ; bien enfin qu'un travail tout récent, celui de M. Bois, limite presque entièrement l'effet heureux de la substance injectée à son action locale sur les tissus où elle est directement déposée, toujours est-il que les injections quiniques sont venues, dans un ensemble de cas où l'erreur était moins facile, nous démontrer que le médicament injecté guérit, même à faible dose, par le fait de son action sur tout l'organisme. C'est là, du reste, une conséquence de l'absorption sous-cutanée que faisaient depuis longtemps prévoir les intoxications qui se font par cette voie ; elle vient de recevoir une nouvelle confirmation des cures de points douloureux névralgiques que M. le docteur H. Piedvache a obtenues par l'injection de solutions narcotiques faite à grande distance des parties malades. En tous cas enfin, la prédominance curative de l'action locale ou de l'action générale des narcotiques fût-elle encore douteuse, il n'en saurait être de même pour les sels quiniques. A la suite de leur pénétration dans les tissus par injection hypodermique, l'effet local est nul pour la guérison, l'action générale, au contraire, est tout.

Des considérations que je viens d'émettre et des observations dont j'ai donné ici quelques spécimens, il est aisé de tirer des conclusions qui répondront précisément aux divers desiderata que je signalais en commençant ce travail.

Conclusions : 1° L'administration du sulfate de quinine par la méthode des injections est d'une extrême facilité ; la ponction et l'action du liquide médicamenteux n'exercent aucune action fâcheuse sur les tissus ;

2° Les effets physiologiques généraux et les perturbations des centres nerveux observés après l'absorption stomacale du sulfate de quinine se produisent après l'injection avec une grande énergie et une grande rapidité ;

3° L'absorption de la solution quinique par les voies hypodermiques est beaucoup plus certaine que par la muqueuse digestive. L'injection sous-cutanée de sulfate de quinine peut donc rendre de signalés services pendant le cours d'accès intermittents graves ou pernicieux, alors que le défaut d'absorption à la surface des muqueuses rend inefficaces les médicaments administrés par les voies digestives ;

4° Tandis que le sulfate de quinine administré par la méthode des injections sous-dermiques conserve toutes ses propriétés perturbatrices et modificatrices des centres nerveux, il ne provoque aucun des accidents gastriques auxquels donne parfois lieu son action topique sur la muqueuse stomacale ;

5° On trouve même dans l'injection sous-cutanée un procédé facile et sûr d'administrer le sulfate de quinine aux enfants et aux personnes auxquelles répugne l'emploi du médicament en raison de sa saveur amère ou pour toute autre cause ;

6° Enfin, la quantité de sulfate de quinine nécessaire pour produire par le procédé de l'injection sous-cutanée les mêmes effets que par celui de l'ingestion buccale est infiniment moindre. Le procédé de l'injection donne une économie qui varie de 70 à 85 pour 100, et qu'on peut en moyenne estimer des trois quarts aux quatre cinquièmes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Compte rendu du traitement des calculeux pendant les années 1863 et 1864.

Par M. Civiale.

(Communiqué à l'Académie des sciences.)

Le nombre des calculeux que j'ai traités en 1863 et 1864 est de 122 : 49 à l'hôpital et 73 dans ma pratique particulière; 7 femmes et 115 hommes, dont 65 de dix à soixante ans ; 50 au-dessus de soixante ans et 10 au-dessous de dix ans.

Sur 99 opérés, 90 ont été soumis à la lithotritie et 9 à la taille. Le chiffre des non opérés est de 23 [1].

[1] On remarquera que, dans ce relevé, le chiffre des opérés n'est pas égal à celui des malades énumérés. Nous n'opérons pas, en effet, tous les calculeux indistinctement.

Lorsque les douleurs sont incessantes, cruelles, semblables à celles qui ont

Comme les résultats du traitement par la lithotritie diffèrent selon les circonstances, je dois signaler les principales variétés de cas.

I. *Cas simples.* — 1re série. — Un calcul petit ou moyen forme à lui seul toute la maladie. Il irrite la vessie et trouble momentanément ses fonctions, sans altération organique. Dans ces conditions, l'opération est peu douloureuse et facile à tout âge. Je compte, parmi mes derniers opérés, un enfant de quatre ans et un vieillard de quatre-vingt-trois ans.

Pour les calculeux de cette classe, l'art est en possession de moyens éprouvés.

Les cas dont il s'agit constituent particulièrement la sphère d'action de la lithotritie. Il suffit de les énoncer. « Il serait superflu, dit sir B. Brodie, d'entrer dans des détails pratiques, puisque l'opération n'a pas de mauvaises conséquences et que la guérison est complète et se soutient. »

2e série. — Les résultats sont analogues dans tous les cas où la pierre est petite et facile à détruire, lors même qu'un catarrhe de la vessie a profondément troublé la santé générale. Les calculeux qui se trouvent dans ces conditions sont heureusement traités par la li-

---

été si vivement décrites par Montaigne, l'opération est urgente. Il n'y a d'autre chance de salut que l'extraction immédiate de la pierre. Il faut donc opérer, que les conditions soient favorables ou non.

Mais ces atroces souffrances produites par les contractions exagérées de la vessie ne s'observent que dans les cas rares. En général, le calculeux ne présente que des troubles fonctionnels vagues ; il souffre plus ou moins en finissant d'uriner; mais les douleurs qu'il ressent ne sont pas proprement celles de la pierre, et on parvient le plus souvent à les calmer par un traitement médical qui améliore aussi l'état général.

Le plus communément, la vessie est inerte, elle ne se vide pas complétement ; les parois vésicales ne s'appliquent point sur le corps étranger. Point de douleurs locales excessives. Cependant, les fonctions se troublent, les forces baissent et l'embonpoint disparaît. Dans ces cas insidieux, l'extraction de la pierre est rarement un moyen utile ; loin de suspendre les désordres, l'opération ne fait qu'abréger la vie de l'opéré.

Cependant, dans les cas de cette espèce, un traitement judicieux peut produire à la longue une amélioration telle qu'une opération devienne possible, particulièrement la lithotritie. J'ai obtenu de la temporisation les plus heureux résultats.

En ajournant l'opération, pour les calculeux qui ne sont pas en proie à des douleurs intolérables, je n'ai fait que suivre les maîtres de l'art. Scarpa renvoyait de l'hôpital de Pavie les calculeux qui ne souffraient pas assez pour être taillés. On sait que des cystotomistes célèbres avaient coutume de dire à certains calculeux : « Votre pierre n'est pas encore mûre. » Ces exemples ne doivent pas être perdus.

thotritie, moyennant des précautions indispensables qui assurent le succès du traitement.

Mais les difficultés augmentent avec les progrès de la maladie; et hormis les cas simples, les applications de la méthode perdent à la fois de leur régularité et de leur importance.

Sans doute on peut broyer une grosse pierre, surtout lorsque la vessie est encore saine. Mais comme l'espace diminue en raison du volume de la pierre, la manœuvre est gênée, douloureuse, et la guérison ne s'obtient que par un long traitement.

Quand un calculeux ne se fait pas opérer en temps utile, non-seulement la pierre grossit, mais elle produit en grossissant des désordres qui deviennent des obstacles graves à l'application de la lithotritie.

II. *Cas compliqués.* — Dans les cas de cette espèce, ce n'est pas la pierre qui constitue l'élément essentiel de la maladie; ce sont les troubles fonctionnels généraux qui attirent l'attention du chirurgien.

J'ai insisté, dans mes précédents comptes rendus, sur les complications de ce genre. Je me propose dans celui-ci de présenter quelques remarques pratiques sur les coarctations uréthrales.

Des rétrécissements de l'urèthre chez les calculeux. — La coexistence des rétrécissements uréthraux et de la pierre dans la vessie n'est pas rare. Cette coexistence doit nous préoccuper ici par rapport au traitement des calculeux par la lithotritie.

A l'état normal, les instruments lithotriteurs pénètrent aisément dans la vessie par les voies naturelles. Mais sous l'influence d'un état morbide, des obstacles se présentent, dont les principaux sont les coarctations de l'urèthre, si communes chez l'homme, et d'autant plus dignes de fixer l'attention du praticien, qu'on n'a pas encore trouvé le moyen de les guérir radicalement.

La dilatation est la méthode la plus ancienne et la plus généralement employée contre les rétrécissements de l'urèthre ; mais elle est insuffisante.

On a cru un moment que la cautérisation serait une ressource plus efficace. Il y a cinquante ans, Percy soutenait dans cette enceinte les efforts de deux chirurgiens qui cherchaient à répandre cette méthode, ou plutôt, à la remettre en honneur, car on sait que le roi Henri IV fut traité par la cautérisation. Dans les deux rapports qu'il présenta à l'Académie sur cette question, Percy fit ses réserves, non sans raison : la méthode de la cautérisation est aujourd'hui à peu près abandonnée.

Depuis 1824, je traite les rétrécissements uréthraux par une opération connue sous la dénomination de *débridement du méat urinaire*, mais l'action de l'instrument dont je me sers (1) ne s'étend pas au delà de 4 centimètres de l'orifice uréthral.

Pour les rétrécissements plus profonds, nous n'avions que des ressources insuffisantes, lorsque M. Reybard, de regrettable mémoire, proposa une opération qui devait écarter définitivement les derniers obstacles que l'urèthre rétréci opposait à la lithotritie.

Le procédé de M. Reybard, dont l'Académie de médecine a récompensé les travaux, consiste à inciser les rétrécissements fibreux profondément situés.

Bien que cette opération ait ouvert des voies nouvelles à la thérapeutique, elle n'a pas reçu un accueil empressé. Des chirurgiens très-habiles l'ont même rejetée. Leur opposition tient à deux causes principales :

1° En général, les premières applications d'une méthode ou d'un procédé opératoire laissent beaucoup à désirer. L'ouvrage de M. Reybard en est la preuve : instruments défectueux, procédés irréguliers, applications hasardées, accidents formidables, quelques succès, on y trouve de tout cela. C'est sur ces premiers essais qu'a été jugée la méthode des *grandes incisions uréthrales*.

Mais il y a dans le travail du chirurgien de Lyon une idée neuve. M. Reybard a démontré expérimentalement que, même dans les circonstances défavorables où il se trouvait, son procédé opératoire peut être appliqué et donner des résultats qu'il serait impossible d'obtenir autrement.

Nous avons cherché, sans prévention ni enthousiasme, à régler les applications de cette méthode, en nous attachant à perfectionner les instruments et les procédés, de manière à satisfaire aux nécessités de la pratique, et sans exposer les opérés à des dangers qu'on croyait inévitables (2).

2° Signalons d'autres obstacles plus sérieux à la propagation de l'uréthrotomie profonde. Cette méthode appartient, ainsi que la lithotritie, à ce groupe d'opérations nouvelles qui constituent la chirurgie interne des voies urinaires, et qui diffèrent essentiellement de celles qu'on pratique sur les autres régions du corps. Dans ces dernières opérations, le chirurgien mesure de l'œil le siége et l'é-

(1) *De la lithotritie*, 1827, in-8°, pl. III.

(2) Voir mon *Traité pratique* (3e édit.), t. I, chap. *De l'uréthrotomie interne.*

tendue du mal, il sait quels points il faut atteindre ou respecter, et il choisit en conséquence la manœuvre opératoire.

Quand il s'agit d'opérer dans l'intérieur des organes, la vue ne fournit que des notions confuses. Pour se reconnaître dans la vessie, par exemple, le chirurgien n'a qu'un long instrument, qu'il tient du bout des doigts, et dont l'extrémité libre, explorant la cavité vésicale, doit lui fournir les indications indispensables. C'est à l'aide du toucher médiat, pratiqué de la sorte, qu'il doit établir le diagnostic avant d'exécuter dans cet organe invisible toute une série de mouvements précis et d'une délicatesse extrême.

Telle est l'unique ressource du praticien pour des opérations aussi difficiles que l'uréthrotomie profonde, la lithotritie, l'extraction des corps étrangers accidentellement introduits dans la vessie. C'est par le toucher médiat qu'il parvient à instituer le traitement et à régler la manœuvre. C'est à l'aide de ce procédé que, dans l'opération de la lithotritie, il découvre et saisit, pour les broyer ou les extraire, les petits calculs et les débris pierreux; et qu'il reconnaît, dans le traitement des fongus, les tumeurs qui naissent du col ou du corps de la vessie, de manière à les distinguer, d'après les caractères les plus saillants, et à les extirper, quand il y a lieu, sans léser les tissus sains.

A la face interne de l'urèthre les difficultés sont moindres; mais le toucher médiat est toujours l'unique guide, tant pour le diagnostic que pour le traitement.

Le sens du toucher n'est pas également développé chez tous les hommes; et le toucher médiat, qui est comme un sens artificiel, n'acquiert toute sa finesse qu'après de longs exercices.

Il n'est pas étonnant que les chirurgiens, qui ne comprennent pas la nécessité de ces exercices, ne se soient pas rendu compte des difficultés inhérentes à ces opérations nouvelles; et il paraît tout simple qu'ils n'aient pas réussi à pratiquer avec succès des manœuvres opératoires qui exigent une grande dextérité.

Mais si le toucher est susceptible d'acquérir, par l'exercice, une précision et une délicatesse qu'on admire dans les arts et jusque dans quelques professions manuelles, pourquoi des chirurgiens, dont les sens ont été suffisamment exercés, ne réussiraient-ils pas à pratiquer, avec aisance et sûreté, des opérations difficiles sans doute, mais dont on ne saurait contester désormais la possibilité?

Des changements utiles ont été opérés dans cette partie de la chirurgie; et je dois signaler, en terminant, la part qui revient à la clinique spéciale des calculeux dans ces divers perfectionnements.

Lorsque le conseil d'administration des hôpitaux de Paris créa, en 1829, un service spécial pour les affections calculeuses, il se proposait à la fois de faire participer les malades indigents aux avantages de la lithotritie, et de propager la connaissance pratique de cette méthode opératoire.

L'institution d'un enseignement clinique régulier était le plus sûr moyen de perfectionner l'art de broyer la pierre et de mettre en évidence les services qu'il peut rendre. Les faits cliniques éclairent les observateurs ; ils soulèvent des doutes ou affermissent les convictions ; et c'est l'épreuve clinique qui décide de la valeur d'une méthode thérapeutique. Telle est l'utilité d'un service public dans un hôpital.

Aussi est-ce à l'hôpital que nous avons poursuivi pendant des années nos études sur les principales lésions de l'urèthre et de la vessie, et plus particulièrement sur les opérations de la chirurgie interne.

En dehors de la lithotritie, les principales améliorations introduites dans la pratique se rapportent au traitement chirurgical des fongus de la vessie et des fistules urinaires.

La cystotomie elle-même a reçu quelques perfectionnements. Le plus important consiste à briser, au moyen d'instruments appropriés, les pierres trop volumineuses pour passer par l'ouverture pratiquée, soit au périnée, soit à l'hypogastre. J'ai eu déjà l'occasion d'entretenir l'Académie des applications de cette méthode, qui associe les procédés de la lithotritie à ceux de la taille [1].

L'uréthrotomie interne enfin a trouvé un refuge à l'hôpital Necker, où ses applications ont été régularisées de telle sorte, qu'elle constitue désormais une méthode sûre de traitement pour les coarctations profondes de l'urèthre [2].

En résumé, voici trente-cinq ans que la clinique spéciale de l'hô-

---

[1] Compte rendu de 1862-1863.

[2] Depuis 1840, j'ai souvent opéré par l'uréthrotomie interne d'arrière en avant les rétrécissements fibreux, noueux, non dilatables ou élastiques, sans tenir exactement note de ces faits. En 1862 seulement, et pour satisfaire aux désirs de quelques jeunes confrères, j'ai fait faire un relevé des malades opérés dans mon service par l'uréthrotomie interne.

Les cas se distribuent ainsi : 1862, 31 ; 1863, 30 ; 1864, 40 ; soit un total de 101 opérations pour trois ans.

Je puis compter autant de cas semblables dans ma pratique particulière. En réduisant les uns et les autres à une moyenne de 50 par an, on arriverait à un chiffre au-dessus de 1,000.

J'ai indiqué ailleurs (*Traité pratique*, 3e édit., t. I, p. 456) les procédés de

pital Necker existe. Ses commencements furent difficiles : nous n'avions d'abord que douze lits. Bien des obstacles ont été successivement écartés. Le service régulier, tel qu'il fonctionne aujourd'hui, date à peine de dix ans. Si l'on considère le nombre des malades traités et les résultats obtenus, on reconnaîtra que l'institution a rempli les vues des fondateurs, par son caractère d'utilité publique et par son influence sur les progrès de l'art. Quatre des principales méthodes de la chirurgie moderne ont reçu dans ce service spécial la consécration de l'expérience.

Doit-on pratiquer la circoncision pour guérir le phimosis accidentel ?

Par M. P. Tillaux, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.
(Lu à la Société de chirurgie.)

Le phimosis accidentel, qui, comme l'indique son nom, est opposé au phimosis congénital, peut être produit par de nombreuses causes. Il survient très-fréquemment chez les individus atteints de blennorrhagie aiguë, dont le prépuce est normalement développé ; il peut aussi être produit par l'inflammation du gland, par la présence de vésicules herpétiques dans le sillon balano-préputial, par des chancres mous ou indurés, développés soit sur les faces externe ou interne du prépuce, soit sur le gland : l'inflammation peut devenir assez vive pour déterminer la gangrène. On peut donc diviser le phimosis accidentel en *inflammatoire*, *gangréneux* et *indolent*. Je n'entends parler ici que du phimosis produit par une maladie syphilitique quelconque, car il n'est pas rare de voir l'œdème lié à une cause générale, l'infiltration urineuse, déterminer ce genre d'accident.

Les trois formes que j'ai indiquées nécessitent évidemment un traitement particulier. Circonscrivant mon sujet, je ne m'occuperai dans cet article que du phimosis indolent, et exclusivement de celui qui est dû à la présence de chancres mous, développés soit sur le gland, soit sur le prépuce. C'est sur ce point, en effet, que tous les chirurgiens ne sont pas d'accord, et il y a là une question de pratique qui ne manque pas d'un certain intérêt.

---

cette opération, les accidents possibles, leurs causes, et la manière de les prévenir et de les traiter. Je me bornerai à remarquer ici que, dans les faits recueillis en dernier lieu, les accidents sont moins fréquents et surtout moins graves. Nous faisons aujourd'hui des incisions répétées plutôt que des incisions profondes, et nous procédons avec beaucoup de douceur à la dilatation consécutive. Une pratique plus rationnelle donne des résultats plus heureux.

Je posé le problème ainsi : Quand un individu est atteint d'un phimosis produit par des chancres mous non cicatrisés, peut-on, doit-on pratiquer la circoncision ? Bon nombre de chirurgiens répondront catégoriquement non, et leur raison peut être formulée par la phrase suivante du livre de M. Nélaton : « On évitera de pratiquer l'opération du phimosis, tant que les chancres qui se trouvent sur le prépuce ou à la couronne du gland ne seront pas cicatrisés, car si le pus qui s'écoule des ulcérations venait à se mettre en contact avec les lèvres de la plaie, il en résulterait de nouveaux chancres qui mettraient obstacle à la cicatrisation, et qui d'ailleurs pourraient prendre le caractère phagédénique et causer des désordres très-graves. »

Nous ne partageons pas complétement cet avis. Certainement il est des cas dans lesquels la circoncision ne doit pas être tentée, et nous allons dire pourquoi ; mais il en est d'autres où l'opération est indispensable, et c'est là le point que je me propose de démontrer dans cet article.

Un malade se présente avec une couronne de chancres mous, occupant le limbe préputial. Il existe un phimosis accidentel très-prononcé, mais le reste du prépuce est entièrement sain ; il ne s'écoule pas de pus de la cavité préputiale, tout prouve que la lésion est bien limitée à l'orifice du prépuce : c'est là un cas qu'il est fréquent de rencontrer à l'hôpital du Midi. Le mal remonte à douze ou quinze jours, je suppose ; il faudra par conséquent, en moyenne, un mois, six semaines de traitement pour obtenir la guérison. Une idée se présente alors tout naturellement au chirurgien : pratiquer la circoncision sur une portion de peau parfaitement saine, et débarrasser ainsi du même coup le malade et de son phimosis et de ses chancres. Il semble qu'il ne doive plus y avoir alors qu'une plaie simple comme dans la circoncision ordinaire, et que la durée de la maladie en soit notablement diminuée. Cette idée, effectivement, n'est pas nouvelle ; voici ce que raconte J.-L. Petit :

« En l'année 1693, étant dans l'hôpital de Lille, sous M. Corbis, chirurgien-major dudit hôpital, je fus chargé de panser un soldat du régiment Magalotti, attaqué de plusieurs chancres occupant toute la circonférence du bord du prépuce, accompagnés d'inflammation et de gonflement de toute la verge. M. Corbis m'ordonna de saigner le malade, et de lui appliquer des cataplasmes faits avec les farines cuites dans la décoction émolliente. Quatre saignées en deux jours et les cataplasmes apaisèrent l'inflammation ; et quoiqu'il n'y eût plus de difficulté à découvrir le gland, M. Corbis jugea à propos de

couper tout le bout du prépuce affecté par les chancres. Cette méthode me parut nouvelle : j'en demandai la raison. Il me répondit que, en emportant ainsi le bout du prépuce, il faisait d'un seul coup deux choses fort utiles : la première est qu'il raccourcissait le prépuce que le malade avait beaucoup trop long, puisque, dans l'érection, le gland ne se découvrait presque point ; et la seconde, qu'il regardait comme la principale, c'est qu'il emportait les chancres, et que par là il croyait éviter de passer le malade par les grands remèdes, puisque, n'étant malade que depuis cinq jours, le virus n'avait pas encore infecté la masse du sang. Après l'opération, le malade n'eut aucuns symptômes ; la guérison fut fort prompte. Il sortit de l'hôpital, et je n'en ai su aucune nouvelle depuis. J'étais alors trop persuadé de tout ce que disait M. Corbis, pour douter de la guérison complète de ce soldat : je suivis ce précepte sitôt que j'en trouvai l'occasion. »

L'occasion ne manqua pas à J.-L. Petit ; mais il ne tarda pas à abandonner la méthode de son maître. J'ai cité cette observation, pour montrer que l'idée est fort ancienne ; mais on a pu voir que le maître de J.-L. Petit avait la prétention d'empêcher ainsi l'apparition des accidents consécutifs : il n'est pas besoin de discuter aujourd'hui cette opinion.

C'est au cas que je viens de spécifier qu'il convient d'appliquer la règle énoncée par M. le professeur Nélaton. Il n'y a aucun avantage à pratiquer la circoncision, et il peut y avoir des inconvénients ; l'avantage serait d'obtenir une guérison plus rapide, mais c'est une espérance non fondée. Il est extrêmement rare, pour ne pas dire impossible, d'obtenir une réunion immédiate à la suite de l'opération du phimosis occasionné par des chancres mous, bien que le point sur lequel porte l'incision soit parfaitement sain, et qu'il ne puisse pas y avoir de pus mis en contact avec la surface chancreuse. Il est difficile de donner une explication plausible à ce fait singulier ; nous pouvons, du moins, nous en rendre compte de la manière suivante : les chancres mous ne s'accompagnent pas, comme les chancres indurés, d'une induration ganglionnaire bi-inguinale, mais ils retentissent néanmoins toujours plus ou moins sur les ganglions du pli de l'aine, puisqu'il n'est pas rare de voir survenir une adénite suppurée. L'ouverture de ce bubon devient souvent chancreuse, et prend tout à fait l'aspect d'un chancre mou, et le pus s'inocule comme celui du chancre mou : donc le principe contagieux inconnu qui siége dans le chancre mou de la verge est transporté aux ganglions de l'aine par les lymphatiques. Si l'on pra-

tique une section du prépuce, il se trouve à la surface de la plaie les orifices béants des lymphatiques divisés, et ces lymphatiques contenant le principe contagieux, il n'est pas étonnant que la plaie se transforme en chancre mou, puisqu'il y a une véritable inoculation sur une surface dénudée. Quoi qu'il en soit de l'exactitude de cette théorie, il est incontestable qu'en pratiquant la circoncision dans les conditions que j'ai indiquées, on n'obtient jamais une plaie simple, analogue à celle que donne la section d'un prépuce sain. La durée du traitement n'est nullement abrégée, et le chirurgien substitue souvent à une petite surface chancreuse une grande surface de même nature. Donc, lorsqu'un malade se présente avec un phimosis accidentel produit par des chancres mous situés sur le limbe préputial et datant seulement de quelques semaines, sans qu'il y ait écoulement de pus dénotant l'altération du gland, il faut s'abstenir de l'opération, qui ne saurait atteindre le seul but que peut se proposer le chirurgien, l'abréviation de la durée de la maladie, et se contenter de lavages répétés.

Un second cas se présente plus rarement que le précédent, assez souvent néanmoins pour que le chirurgien doive s'en préoccuper, car il est plus grave que le premier. Des chancres mous sont apparus sur la face interne du prépuce, je suppose, et autour de la couronne du gland; le malade est prédisposé au phimosis accidentel, c'est-à-dire qu'il a le prépuce développé. Les soins de propreté étant plus difficiles, le pus, abondamment sécrété à la surface des ulcères, ne saurait être continuellement enlevé; il produit de nouveaux chancres, le phimosis devient complet. Les lavages ne sont plus possibles qu'à l'aide d'une seringue, qui projette de l'eau entre le gland et le prépuce : ils sont par conséquent fort incomplets. Cet état de choses peut rester stationnaire, en apparence, plusieurs semaines, plusieurs mois; le malade, si c'est un ouvrier souvent insouciant de sa nature, continue son travail, d'autant plus que la douleur n'est pas très-vive, et c'est quelquefois après trois, quatre, six mois (je rapporte plus loin l'observation d'un homme qui est resté ainsi seize mois) que le malade vient réclamer une guérison rapide. Or, voici ce qu'on observe alors : phimosis accidentel, impossibilité de mettre à nu le gland dans la plus petite étendue, prépuce épaissi, infiltré, quelquefois induré, écoulement purulent extrêmement abondant et incessant par l'orifice préputial : toute exploration de la muqueuse balano-préputiale est impossible. Or, l'observation démontre que, dans les cas de ce genre, il existe au fond de cette espèce de puits impur des ulcérations plus ou moins

profondes, dont quelques-unes peuvent détruire le gland en tout ou partie, perforer le repli préputial, arriver sous la peau, détruire une partie des corps caverneux, produire, en un mot, les désordres tout à fait irréparables. Voici un cas qui montre jusqu'où peut aller la destruction :

Obs. I. *Chancre mou à marche chronique du fourreau de la verge et du gland.*—Hôpital du Midi, 1re division (salle cinquième) C*** (Hubert), âgé de quarante-cinq ans, couvreur, demeurant rue des Amandiers. Ce malade s'est aperçu, il y a dix-huit mois, qu'il avait un petit bouton rouge de la grosseur d'une tête d'épingle, situé sur le gland à la partie latérale gauche et au niveau de la couronne. Pendant une année, ce petit bouton augmenta peu à peu ; mais le malade, fort insouciant, n'y faisait pas attention, d'autant plus qu'il ne souffrait pas.

1er novembre 1864. Au mois de novembre, la verge se tuméfia ; il se produisit un phimosis accidentel, et il s'écoula incessamment une assez grande quantité de pus par l'orifice préputial.

Le 20 novembre, il fut pris de douleurs lancinantes du prépuce, sans point bien déterminé. Au bout de deux jours de douleur, il se fit une ouverture à la partie moyenne latérale gauche du dos de la verge : cette ouverture soulagea le malade, et donna issue à une grande quantité de pus. Jusqu'alors le malade, pour tout traitement, avait fait quelques injections, entre le prépuce et le gland, avec du sulfate de zinc.

29 novembre. Il s'est présenté, le 28 novembre, à la consultation, et a été examiné le 29. M. Tillaux a constaté l'état suivant : la verge est tuméfiée ; il y a un écoulement assez abondant de pus entre le prépuce et le gland, et par l'ouverture qui est située sur le dos de la verge, ouverture qui a l'étendue d'une pièce d'un franc, l'on voit le gland rongé sur une profondeur d'au moins 2 millimètres. En arrière, les corps caverneux sont mis à nu : la verge est tellement tuméfiée, qu'il y a un phimosis ; de plus, elle est douloureuse au toucher.

30 novembre. M. Tillaux pratique au malade une incision de toute la partie dorsale de la verge. Cette incision a mis à nu un chancre qui avait détruit les deux tiers du gland et les deux tiers de la région dorsale de la verge : les corps caverneux étaient en partie rongés par ce chancre. — Pansements avec du vin aromatique et de la poudre de quinquina, quelques cautérisations au nitrate d'argent. L'on a continué ce traitement jusqu'au mois de mars 1865, sans que la plaie changeât d'apparence ; elle n'avait

ni tendance à augmenter comme avant l'opération, ni tendance à diminuer : une pommade au chlorate de potasse n'a pas beaucoup mieux réussi.

14 mars 1865. Actuellement, l'on fait des pansements très-fréquents avec une solution de tartrate ferrico-potassique.

17 mars. La plaie semble avoir un peu changé de couleur et reprendre quelque vie.

Cet homme est encore actuellement dans mon service, et la guérison marche avec une lenteur extrême. Un chirurgien, privé des antécédents, croirait avoir affaire à un cancroïde ulcéré de la verge. Du reste, la santé générale est excellente, pas un seul ganglion induré dans le pli de l'aine, aucune manifestation syphilitique.

Ne voit-on pas que le précepte formulé par quelques chirurgiens : « Attendre la cicatrisation des chancres, pour pratiquer la circoncision » est alors tout simplement impossible. C'est précisément cette cicatrisation qu'on ne peut obtenir, puisque les chancres ne sont pas à découvert, qu'on en ignore le nombre, l'étendue, la profondeur, que le chirurgien est en présence de l'inconnu et que tout traitement topique sera nécessairement très-imparfait. A mon avis, l'hésitation n'est pas permise : il faut pratiquer la circoncision, quand bien même la section du prépuce devrait tomber au milieu d'une surface chancreuse ; car cette pratique n'offre aucun inconvénient et présente beaucoup d'avantages.

Il n'y a pas d'inconvénient puisque, la plaie même devenant chancreuse, on substitue une plaie à ciel ouvert, que l'on peut facilement traiter, à une plaie cachée, et c'est une bonne pratique adoptée dans la chirurgie ordinaire. Le phagédénisme, qu'on redoute avec raison, est-il plus à craindre après qu'avant l'opération ? Je ne le pense pas, et d'ailleurs en fût-il ainsi, que je n'hésiterais pas encore, car on peut arrêter la marche du chancre phagédénique qui est sous les yeux, et l'on ne peut arrêter la marche destructive du chancre caché par un phimosis accidentel. Et je me demande en vérité comment la guérison peut survenir dans les cas dont je parle, sans l'intervention active du chirurgien. Je dirais volontiers qu'elle ne peut pas avoir lieu, puisque, abandonnés à eux-mêmes, les chancres produisent les destructions analogues à celles relatées dans l'observation ci-dessus. C'est en effet ce qu'on peut appeler la guérison naturelle; et qu'on veuille bien le remarquer, cette guérison ne se produit que lorsque l'ulcération a détruit les parties molles qui la cachaient aux regards, et que le malade se trouve par conséquent dans les conditions où le met l'opération. Tous ceux qui ont pra-

tiqué la circoncision dans les cas de ce genre, savent comme on enraye immédiatement ainsi la marche des accidents.

Non-seulement le chirurgien rend possible une guérison qui n'était que très-problématique, ou du moins qui ne devait être obtenue qu'après une destruction plus ou moins complète de la verge, mais il gagne un temps considérable. Pour fixer l'esprit, je dirai par exemple : un malade dans les conditions que j'étudie, atteint de phimosis accidentel suite de chancres mous depuis trois mois, pourra mettre à guérir cinq, six mois et plus ; et quelle guérison ! Après l'opération, au contraire, la guérison sera très-avancée au bout de quinze jours et presque toujours complète après un mois ; c'est évidemment un avantage inappréciable. Voici, à l'appui de ma proposition, une observation recueillie par mon élève et ami A. Thénard, à l'hôpital du Midi.

Obs. II. *Chancre mou du gland et de la face interne du prépuce, phimosis accidentel.* — Hôpital du Midi, chambre n° 19. G*** Philibert, vingt-quatre ans, cuisinier, né à Saverge (Savoie); demeurant rue Saint-Nicolas-d'Antin, à Paris.

Ce jeune homme nous dit qu'au mois de juin 1864 il eut une blennorrhagie très-aiguë, qui se guérit rapidement au moyen du traitement ordinaire, copahu et cubèbe. Trois mois après, il s'aperçut qu'il avait encore un petit écoulement qui était revenu après avoir compétement disparu; il n'y fit pas attention d'abord ; mais cependant ayant regardé quelques jours après la verge avec soin, il aperçut un petit bouton rouge situé à la partie postérieure latérale droite du gland. Ce petit bouton, qui ne le faisait pas souffrir, passa au bout de quelques jours de la couleur rouge à la couleur blanche, puis s'ouvrit, et enfin il se forma une ulcération toute petite, de la grosseur d'une tête d'épingle; cette petite plaie n'avait aucune tendance à guérir. Le malade alors commença à s'inquiéter et consulta son médecin, qui lui ordonna comme traitement de prendre deux pilules de proto-iodure de mercure tous les jours et de faire des pansements avec une poudre inconnue. Le malade suivit pendant un mois ce traitement, mais l'ulcération s'étendait toujours et envahissait une partie du prépuce, la suppuration était abondante, et le malade qui, auparavant, découvrait facilement le gland, éprouvait déjà des difficultés assez grandes à le faire. Le 15 novembre, notre malade, voyant que sa maladie s'aggravait toujours, perdit confiance en son médecin et en consulta un autre.

Son nouveau médecin lui fait suivre un traitement complet. Il lui fit prendre de la liqueur de Wan Swieten ; lui fit faire sur la

plaie des pansements avec de l'eau blanche, et enfin le cautérisa deux fois par semaine avec du nitrate d'argent.

L'inflammation allait toujours en augmentant, le malade souffrait; il avait alors, par suite de l'inflammation, un phimosis accidentel. Le 20 décembre, son médecin lui ordonna alors de faire deux fois par jour des injections entre le prépuce et le gland, avec un liquide inconnu. Au 1er janvier le médecin voulut lui faire un débridement pour diminuer l'inflammation, mais le malade s'y opposa; il vint en France le 24 janvier, se présenta le 26 à la consultation, et fut examiné le 27. Nous avons constaté l'état suivant:

Malade d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique.

La verge est augmentée de volume, le prépuce recouvre complétement le gland, il y a phimosis et écoulement considérable de pus entre le prépuce et le gland; lorsque l'on presse le prépuce entre les doigts, le malade sent une douleur à l'endroit où se trouve son chancre. Sur le prépuce existe également un chancre situé à sa partie postérieure, et au niveau de la rainure du gland. Légère adénite inguinale. Dès son entrée à l'hôpital, le malade est soumis au traitement suivant :

Injections d'eau fraîche entre le prépuce et le gland plusieurs fois par jour, bains locaux de guimauve, deux portions et un grand bain tous les deux jours.

Le 31 janvier. Comme à cette époque, il n'y a pas de mieux sensible, M. Tillaux se décide à faire l'opération de la circoncision qui, en elle-même n'a rien présenté de particulier, si ce n'est qu'une des incisions est tombée au milieu du chancre, qui était situé sur le prépuce.

Après l'opération l'on a vu sur le gland un chancre mou situé sur sa partie postérieure latérale droite, très-étendu, puisqu'il venait presque jusqu'au méat urinaire, offrait une profondeur de 2 millimètres.

Le soir de l'opération, le malade n'a pas de fièvre, et son état général est aussi bon que possible; applications d'eau fraîche sur la plaie.

Le 1er février. L'on enlève les serre-fines, et l'on applique sur la plaie des compresses d'eau alcoolisée; léger mouvement de fièvre le soir, pas d'appétit.

Le 6 février. La plaie à cette époque prend un aspect chancreux, qui force à changer le traitement; application de compresses imbibées de vin aromatique, cautérisation au nitrate d'argent.

Le 9 février. Le traitement est continué, et l'aspect de la plaie ne change pas.

Le 10 février. Après la cautérisation au nitrate d'argent, le malade a eu une légère hémorrhagie, qui s'est également reproduite le 11.

Le 15 février. Même traitement ; la plaie commence à prendre un bon aspect, et le malade entre en voie de guérison.

Le 26 février. Le malade sort de l'hôpital n'étant pas complétement guéri; mais la plaie est en si bon état, qu'il est évident que dans quelques jours le malade sera complétement guéri.

Les dates sont éloquentes dans cette observation. Je serais fort embarrassé pour prévoir l'époque où le malade aurait guéri sans le secours d'une chirurgie active.

Je pose de nouveau, en terminant, ma question du début :

Doit-on pratiquer la circoncision pour guérir le phimosis accidentel indolent, occasionné par des chancres mous?

Non, si le phimosis date de peu de jours, si les chancres sont suffisamment à découvert pour être pansés, si rien ne fait croire à l'existence d'érosions sur le gland.

Oui, il faut la pratiquer sans retard, si le phimosis remonte à une époque éloignée, si un écoulement de pus abondant et incessant par l'orifice préputial démontre qu'il y a là des ulcérations cachées, inconnues quant à leur nombre, leur étendue, que l'opération seule peut permettre de découvrir.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur les causes de la solidification du baume de copahu par la chaux et la magnésie.

Les pharmaciens sont habitués à n'accepter le baume de copahu pour l'usage de leurs officines que lorsqu'il se solidifie en peu de jours par son mélange avec la magnésie calcinée, dans la proportion de 1 partie de magnésie pour 16 de baume. On a cependant reconnu que la propriété de se solidifier n'est pas toujours pour le copahu un indice de bonne qualité, et que certains baumes, évidemment purs, ne se solidifient pas du tout. Bien plus, il est arrivé que d'autres baumes, dont une portion s'était laissée solidifier très-facilement dans une première expérience, restaient obstinément liquides dans une seconde, lorsqu'on les avait abandonnés à eux-

mêmes pendant un certain laps de temps. Ces contradictions viennent de nous être expliquées très-complétement par M. Roussin, dans un travail publié par le Journal de pharmacie, et dont voici les conclusions :

L'intervention de l'eau est nécessaire pour déterminer la combinaison de la résine du baume de copahu avec les oxydes métalliques, et notamment avec la chaux et la magnésie. Si le copahu et la magnésie employés sont tous les deux anhydres, toute solidification devient impossible. Si ces deux corps, ou seulement l'un d'eux, contiennent la proportion d'eau nécessaire pour hydrater complétement la magnésie, la solidification se produit. Si la proportion d'eau est insuffisante, la solidification sera incomplète...

Au point de vue de la pharmacie pratique, le meilleur procédé pour rendre le baume de copahu apte à la solidification, consiste à l'agiter quelque temps avec un vingtième environ de son poids d'eau, à laisser déposer complétement l'eau excédante, en maintenant le vase pendant quelques jours dans un lieu chaud, puis à décanter et conserver le baume surnageant. Un seizième de magnésie calcinée anhydre solidifie le baume ainsi hydraté en l'espace de quelques jours, et souvent de vingt-quatre heures.

Inconvénient des pastilles au calomel.

Les pastilles au calomel sont le plus souvent prescrites aux enfants comme vermifuge. On les prépare avec du sucre et de la gomme adragante, et elles peuvent, à la longue, durcir de telle façon que, se dissolvant lentement dans l'estomac, elles n'abandonnent le calomel que petit à petit. Elles peuvent alors amener une stomatite mercurielle et des vomissements.

M. Bonnevyn, en signalant ces accidents, propose de les prévenir en employant comme excipient, dans la préparation des pastilles au calomel, un mélange de substances qui ne durcissent pas, la manne et le sucre par exemple, ou la pâte de guimauve. On pourrait encore associer au calomel un peu de chlorate de potasse bien pur; la manne étant un adjuvant du calomel, et le chlorate de potasse pouvant combattre la stomatite. Aux moyens indiqués par M. Bonnevyn, il serait peut-être préférable de substituer l'addition à la *masse* des pastilles, d'un peu de glycérine anglaise, dont l'hygrométricité s'opposerait à leur dessiccation absolue.

Sur la solanine des pommes de terre.

L'usage des pommes de terre germées a quelquefois produit des accidents, à cause de la présence dans les germes d'une quantité relativement considérable de *solanine*, alcaloïde vénéneux, M. Haaf s'est assuré que la solanine n'est pas confinée dans les germes, on la trouve aussi dans les tubercules eux-mêmes, aux deux périodes extrêmes de leur végétation, lorsqu'ils sont très-jeunes et lorsqu'ils ont vieilli; la pellicule en contient plus que la partie charnue. On doit donc conseiller aux personnes qui font des pommes de terre leur nourriture principale, de les choisir dans un état de maturité convenable, ou de ne les manger que soigneusement épluchées, et plutôt bouillies que rôties, parce que le contact de l'eau bouillante leur enlève beaucoup de solanine.

Moyen simple de conserver la glace.

Dans les grandes villes, on trouve facilement à se procurer, au fur et à mesure des besoins, la glace nécessaire à certains malades; les moyens de conservation y sont d'un intérêt secondaire. Il n'en est pas de même dans beaucoup de localités où, faute de pouvoir la renouveler à mesure qu'elle se liquéfie, on en est réduit à se priver de cet utile agent thérapeutique. Le docteur Schwarz annonce qu'il a pu conserver 3 kilogrammes de glace pendant huit jours, par une température de printemps, en la plaçant dans un pot couvert d'une assiette, placé sur un lit de plumes, et entouré d'un coussin rempli de plumes. La mauvaise conductibilité d'une pareille enveloppe isole suffisamment la glace des objets environnants pour la préserver de la fusion. Am. Vée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation d'éclampsie survenue chez une femme accouchée depuis vingt-deux jours. — Saignée. — Guérison.

Le 16 décembre 1864, je fus appelé pour donner des soins à la femme d'un marchand de vin du voisinage. C'était une femme de vingt-cinq ans, blonde et assez bien constituée, comme le sont ordinairement les femmes de l'Auvergne. Elle était accouchée, pour la première fois, trois semaines auparavant. Sa grossesse avait été bonne, sauf

quelques vomissements au début. Il n'y avait eu à aucun moment d'enflure au visage ou aux membres inférieurs, non plus qu'aux poignets; l'accouchement, comme la délivrance, n'avait rien présenté d'anormal.

La sage-femme qui l'avait assistée, la trouvant bien, l'avait quittée le neuvième jour, et elle crut elle-même, au bout de trois jours, pouvoir reprendre ses occupations ordinaires. Elle recommença donc à travailler dans une cuisine froide et humide, alors qu'il n'y avait que douze jours qu'elle était accouchée. Deux jours ne s'étaient pas écoulés, qu'elle fut prise de frisson et de malaise; mais ces symptômes restant, en somme, modérés, elle continua à travailler de même. Malheureusement, ces phénomènes morbides ne cessèrent pas; et le vingt-troisième jour après l'accouchement, des symptômes graves apparurent.

Lorsque j'arrivai près d'elle, je la trouvai dans un état d'excitation extraordinaire; elle était pâle, agitée par le frisson et le tremblement, avec des yeux fixes et hagards; elle semblait ne pas voir les gens qui l'entouraient et ne répondait aux questions que par ces seuls mots : « Ce ne sera rien, ayez de la patience. »

Pendant que je l'examinais pour me rendre compte de cet état, elle fut prise de secousses dans le côté gauche du corps, secousses qui commencèrent par le bras, en écartant brusquement le coude du corps; puis le mouvement convulsif gagna le membre inférieur en même temps que le côté gauche du cou, et j'assistai à une attaque d'épilepsie des plus nettes et même des plus intenses. Les convulsions toniques se complétèrent jusqu'à production d'asphyxie, puis devinrent cloniques pendant que le collapsus s'établit. A ce moment, le frisson et le froid cessèrent; la chaleur revint et le corps fut couvert d'une sueur abondante.

C'était la première fois que la malade était prise de semblables attaques; jamais elle n'avait été malade, et il n'y avait eu chez ses ascendants, autant qu'on put me l'apprendre, ni épilepsie ni névroses graves. J'appris seulement que l'attaque à laquelle je venais d'assister était la seconde de la journée.

Cette femme étant, comme je l'ai dit, bien constituée, je pratiquai sur-le-champ une abondante saignée, d'environ 600 grammes, sans attendre que le collapsus fut complétement dissipé. Cette saignée fut même plus abondante que je ne l'indique, parce que j'eus beaucoup de peine à l'arrêter. J'eus beau détruire le parallélisme de la plaie cutanée et de la plaie vasculaire, en tirant la peau de côté et en faisant fléchir le bras, le sang continua à couler avec

assez d'abondance, et je ne pus l'arrêter absolument qu'en mettant le doigt sur la plaie et en comprimant la veine. Je crus pouvoir rapporter cette difficulté d'arrêter la saignée à une contraction des muscles du bras et de l'avant-bras qui persistait encore et non pas à une altération puerpérale du sang ; car le soir, je trouvai dans la cuvette un coagulum suffisamment résistant et suffisamment couvert de couenne.

Immédiatement après la saignée, l'agitation diminua et l'intelligence revint, elle put alors rendre compte elle-même de son état, et se rappela fort bien avoir eu dans la matinée une semblable perte de connaissance.

Il lui resta seulement une terreur extrême, et à chaque instant, il lui semblait sentir qu'une attaque nouvelle allait reparaître. Au bout d'une demi-heure en effet, il en survint une troisième; mais celle-ci fut moins intense, moins prolongée, la perte de connaissance ne fut que passagère, l'asphyxie très-incomplète, et la malade s'endormit bientôt après.

A ce moment, le frisson et le refroidissement des extrémités avaient complétement cessé pour faire place à une chaleur douce de la peau, avec une certaine moiteur halitueuse.

Dans la soirée, lorsque je vins voir la malade, elle fit quelques mouvements, et une quatrième attaque survint, mais moins violente encore que la troisième, et les secousses furent limitées au bras gauche.

Elle prit une potion calmante et dormit assez bien la nuit qui suivit.

Le lendemain matin, il y eut encore une cinquième attaque, sans perte de connaissance, et la malade se rétablit assez promptement, avec une convalescence semblable à celle d'une fièvre ou d'une phlegmasie catarrhale de quelques jours. Un mois après, je la revis, elle était fort bien, mais avait encore de temps en temps des secousses dans le bras gauche, secousses passagères, qui ne l'empêchaient pas de vaquer à ses occupations.

Dans ce fait, il y a deux points intéressants, la date tardive de l'éclampsie et l'heureuse influence de la saignée. Quant à la nature éclamptique de la maladie, elle ressort de deux considérations, la femme était manifestement dans l'état puerpéral, puisque le retour de la menstruation qui marque la fin de l'état puerpéral était encore éloigné de trois semaines, et que les premiers phénomènes de la maladie avaient commencé avec la première exposition au froid; d'un autre côté, rien dans les antécédents qui pût faire supposer une épilepsie ordinaire.

Cette éclampsie, qui n'était point liée à un état d'urémie par albuminurie antérieure, n'a pas été accompagné d'urines coagulables; ni le jour des grandes attaques, ni ceux qui l'ont suivi, je n'ai trouvé d'albumine dans l'urine.

Quant à l'influence de la saignée, elle a été des plus manifestes, en faisant cesser presque immédiatement le collapsus qui terminait l'attaque.

De plus, la malade devint immédiatement très-calme, reprit toute sa connaissance, et n'eut plus que des attaques très-faibles.

D[r] Constantin Paul,
Ancien interne des hôpitaux.

Très-honoré confrère,

Vous avez reproduit dans votre numéro du 30 mai 1865 un article de *the Lancet* où : 1° M. Tudishum attribue à Weber de Halle la démonstration de ce fait physiologique : que le voile du palais produit si exactement l'occlusion de la portion nasale du pharynx, qu'une injection poussée avec force par une fosse nasale ressort entièrement par l'autre, sans tomber dans le pharynx inférieur.

2° le même M. Tudishum s'attribue à lui-même l'idée d'avoir utilisé ce fait physiologique pour instituer ce qu'il appelle une nouvelle méthode curative des maladies des fosses nasales.

Permettez-moi de rappeler à cet honorable confrère d'outre-Manche que le fait physiologique en question, ainsi que la conséquence pratique qui en découlent, ont été exposés par votre serviteur à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 10 janvier 1854, et que la note relative à cette communication a été reproduite par la plupart des journaux de cette époque.

Veuillez agréer, etc. Maisonneuve,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

P. S. Je n'ai pas besoin d'ajouter que chaque année, à ma clinique, je rends mes élèves témoins de ces irrigations nasales et de leurs avantages. C'est une chose actuellement vulgaire, au moins à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'endoscope et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urètre et de la vessie, par M. A. J. Desormeaux, chirurgien de l'hôpital Necker.

De même qu'avant la découverte de l'auscultation et de la percussion, la médecine ne se pouvait aider que des signes rationnels pour arriver au diagnostic d'un grand nombre de maladies, de même aussi la chirurgie était fort embarrassée quand il s'agissait de déterminer la nature d'une lésion siégeant dans les profondeurs d'une cavité inaccessible à la vue. La découverte de plusieurs instruments conçus et construits dans ces dernières années, a notablement étendu le champ du diagnostic chirurgical; je dis du diagnostic et non de la thérapeutique, car celle-ci n'a encore que peu profité des nouvelles lumières projetées à l'aide de l'ophthalmoscope, du laryngoscope, sur des maladies restées jusqu'alors dans une obscurité profonde. C'est, du reste, la marche naturelle et rationnelle de l'esprit. N'est-il pas nécessaire de bien connaître la nature, la forme d'une lésion avant d'entreprendre de la guérir? Le traitement est nécessairement subordonné au diagnostic et en découle presque toujours. Qu'on ne s'abuse pas sur la valeur de ces nouveaux instruments; ils ont rendu et rendent de grands services, c'est vrai, mais plutôt au chirurgien qu'au malade. Lorsque nous avons diagnostiqué toutes ces lésions si curieuses de la pupille, de la rétine, de la choroïde, nous sommes très-satisfaits de ne plus les confondre sous l'unique nom d'amaurose; mais le malade y a-t-il gagné beaucoup? Sa maladie est mieux étiquetée, voilà tout. Qu'on ne considère pas ces paroles comme une critique de l'ophthalmoscope, instrument que nous apprécions à sa juste valeur; mais il faut dire la vérité.

Un chirurgien des hôpitaux de Paris, M. Desormeaux, s'est lancé dans cette voie nouvelle d'explorations profondes, et a eu l'heureuse idée d'éclairer l'urètre et la cavité vésicale à l'aide d'un instrument qu'il a appelé *endoscope*. L'idée de M. Desormeaux est essentiellement pratique. Il importe assez peu au malade qu'il ait une rétinite ou une choroïdite, du moment où sa vision est perdue; mais il lui importe beaucoup de savoir s'il a ou non un calcul dans la vessie; si on pourra ou non le broyer; il lui importe de savoir s'il a des ulcérations dans l'urètre. Nous ne craignons pas d'affirmer que si l'endoscope permet d'éclairer les lésions de l'urètre et

de la vessie, comme l'ophthalmoscope éclaire celles du fond de l'œil, il sera beaucoup plus utile pour la pratique.

C'est sous forme de leçons, au nombre de cinq, professées à l'hôpital Necker, que M. Desormeaux a publié son ouvrage.

Examinons successivement les points saillants de chacune de ces leçons :

Dans la première, l'auteur fait l'histoire de sa découverte et démontre l'utilité de son instrument ; puis en fait la description, en même temps qu'il formule les règles qui doivent présider à son application régulière. Il étudie ensuite la muqueuse urétrale à l'état sain, sa couleur, ses plis, le froncement qu'elle présente au bout de la sonde.

Il insiste ensuite sur la différence qu'il faut établir, suivant lui, entre l'urétrite et la blennorrhagie, l'urétrite pouvant être traumatique, catarrhale, herpétique, tandis que la blennorrhagie est toujours liée à une cause spéciale, la cause vénérienne. Ce sont là des opinions personnelles à l'auteur, sur lesquelles nous pourrions faire quelques observations; disons seulement qu'il a vu et décrit les lésions que déterminent ces différentes formes de l'inflammation de l'urètre.

Dans sa deuxième leçon, M. Desormeaux étudie l'écoulement chronique de l'urètre, celui qui succède à la blennorrhagie, qu'il distingue encore soigneusement des écoulements herpétiques et catarrhaux, et qu'il désigne exclusivement sous le nom de blennorrhée. Il résulte de l'examen endoscopique que cet écoulement est lié à la présence de granulations dans l'urètre, d'où le nom d'urétrite granuleuse dont se sert l'auteur. Il établit une comparaison très-ingénieuse et suffisamment motivée entre les granulations de l'urètre, celles de l'utérus et de la conjonctive, qui seraient le résultat d'une cause identique. Il conclut que le même traitement leur doit être appliqué, la cautérisation, qui guérit d'une façon définitive l'urétrite granuleuse.

L'auteur consacre encore une partie de sa troisième leçon à l'étude de la blennorrhée ou urétrite granuleuse, expressions pour lui identiques. Faut-il admettre avec lui l'existence d'un virus granuleux? Nous ne serions pas tout à fait de cet avis, car nous ne croyons pas à la spécificité de la blennorrhagie, mais c'est une expression qui rend bien la pensée de l'auteur.

Il aborde ensuite l'histoire si importante des rétrécissements de l'urètre, presque toujours dus, suivant lui, à l'urétrite granuleuse, et c'est dans sa quatrième leçon que l'auteur se livre sur ce sujet à de nombreux développements.

M. Desormeaux est un partisan ardent et convaincu de l'urétrotomie interne, et naturellement de l'urétrotomie endoscopique. Il repousse absolument la dilatation, qu'il considère comme impuissante et souvent dangereuse. Ce n'est pas ici le cas de discuter cette grave question de thérapeutique chirurgicale, qui, dans ces dernières années, a suscité de nombreux travaux. Disons seulement que bon nombre de chirurgiens de nos hôpitaux ne sont pas aussi exclusifs que M. Desormeaux. Ils ont recours à la dilatation comme méthode principale, et ce n'est qu'après l'avoir employée infructueusement qu'ils incisent le canal; l'urétrotomie n'est alors dans leurs mains qu'un moyen, qu'un adjuvant de la dilatation. Quoi qu'il en soit, du moment où l'opération est résolue, la méthode nouvelle de M. Desormeaux est très-bonne, puisqu'elle permet de voir le rétrécissement et de l'inciser au lieu convenable. L'endoscope a encore l'avantage précieux de permettre l'introduction d'une bougie dilatante ou conductrice, alors qu'on ne le pouvait absolument pas sans cet instrument.

Dans sa cinquième et dernière leçon, M. Desormeaux fait connaître les applications de l'endoscope aux maladies de la prostate et de la vessie. Il a constaté la présence d'ulcérations prostatiques, a pu les cautériser et guérir ainsi les pertes séminales qu'elles avaient occasionnées.

L'endoscope permet de reconnaître l'état de la muqueuse vésicale : si elle est congestionnée ou amincie; si elle présente des fongosités, des ecchymoses, etc. La présence des calculs vésicaux est ainsi dévoilée d'une façon évidente. On en peut constater la couleur, la forme, le volume, le nombre, la situation précise, avantages inappréciables pour le traitement de cette grave maladie.

M. Desormeaux est un savant modeste et consciencieux, qui a consacré plusieurs années à l'étude de ces difficiles questions; il ne saurait donc y avoir de doute sur les résultats qu'il a obtenus. Que l'usage de l'endoscope se généralise, que les chirurgiens l'emploient aussi habilement que la plupart emploient l'ophthalmoscope, et de grands progrès s'accompliront dans la pathologie des voies urinaires.

BULLETIN DES HOPITAUX.

DELIRIUM TREMENS, TRAITÉ PAR LA TEINTURE DE DIGITALE. — Au n° 27 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, hôpital de la Charité,

service de M. le professeur Bouillaud, suppléé par M. Chauffard, agrégé, est couché le nommé Biger, vingt-neuf ans, photographe, entré le 2 octobre 1863. — Habitudes alcooliques invétérées, consistant en abus de vin blanc le matin à jeun, et en bière.

Pendant tout l'été dernier il s'est livré à un travail excessif, et qui a été rendu très-fatigant par la nécessité de travailler sous les toits, par une température très-chaude. Il y a quinze jours, chaleur épigastrique, dégoût pour les aliments et apparition d'un léger tremblement dans la main gauche. Ce phénomène s'est peu à peu étendu à tout le corps, et le force à entrer à l'hôpital. En plus, il est survenu de la fièvre depuis un jour. Pas de traitement antérieur.

Etat actuel le 2 octobre, à quatre heures du soir :

Homme très-vigoureux, d'un grand embonpoint; intelligence absolument complète, netteté des réponses. Tremblement de tout le corps pendant le repos, mais surtout pendant l'état de mouvement. A l'état de repos, le tremblement consiste dans une série de petites contractions, ayant leur siége principal dans les membres supérieurs. La langue tremble considérablement; sensibilité normale de la peau aux piqûres. Le malade serre très-fort et sans secousses la main de l'observateur : gingivite légère, due probablement à l'usage de fumer la pipe. Appétit assez bon. La peau est moite; 96 pulsations; pupilles très-dilatées.

Le soir même de son entrée, à huit heures et demie, délire bruyant, cris à l'assassin, paroles incohérentes, saccadées; propos injurieux, et actes de violence qui nécessitent qu'on lui mette la camisole de force. Sueurs profuses; 96 pulsations.

Le 3 au matin. Même état de délire, qui a duré toute la nuit. Autant de sueurs; 124 pulsations. Rire hébété par moment, comme celui des paralytiques généraux. Parole tremblante.

Traitement : Teinture de digitale, 6 grammes, à faire prendre le matin dans une potion; même dose à faire prendre dans la soirée.

A dix heures du soir un peu de calme : le malade n'a guère pris que 6 grammes de digitale; le reste a été rejeté pendant ses actes de violence.

Le 4. Un peu de calme cette nuit, mêmes sueurs; 116 pulsations; même tremblement; ne répond à aucune question.

Traitement : Teinture de digitale, 14 grammes en deux fois; tout le médicament est pris.

Le 4 au soir. Assoupissement; le malade commence à répondre un peu aux questions qu'on lui pose.

Le 5. Pendant la nuit, nausées, vomissements; deux selles diar-

rhéiques. Ce matin, sueurs très-abondantes ; 84-88 pulsations. Pupilles moins dilatées. Les réponses sont complétement nettes, et la raison est entièrement revenue à l'état normal. La camisole de force est retirée ; le malade ne se souvient pas de ce qui s'est passé pendant son délire, ni depuis quand il est à l'hôpital.

Traitement : 8 grammes de teinture de digitale dans une potion.

Le 5 au soir. Peau d'une chaleur légèrement exagérée, sudorale ; pouls plein, fort ; 96 pulsations régulières. Un peu de tremblement des membres. Le malade s'assied facilement dans son lit, mais ressent de la lourdeur de tête et des étourdissements.

Le 6 au matin. Trois vomissements depuis hier. Etat mental complétement normal ; mais autant de fièvre. La digitale est supprimée ; lavement émollient.

Le 6 au soir. Agitation ; paroles incohérentes ; il demande à la sœur d'aller boire des vins dans les caves, d'aller surveiller les enfants dans son cabinet ; 96-100 pulsations ; hallucinations terrifiantes. La camisole est remise pour la nuit, et il prend 3 grammes de teinture de digitale.

Le 7. Plus de calme qu'hier soir ; tremblement assez considérable ; aucune souvenance de ce qui s'est passé hier ; sueurs abondantes. La camisole est retirée.

Traitement : Teinture de digitale, 10 grammes dans une potion ; cette potion est bien prise, et non vomie.

Le 7 au soir. L'agitation a augmenté ; actes violents commis sous l'influence d'hallucinations de la vue (fantômes) ; bizarrerie des réponses. Il cherche à se lever, à saisir les premiers objets venus ; il a tenté de frapper un de ses voisins de lit avec un couteau ; 84 pulsations ; peau très-sudorale, chaude. La camisole de force lui est mise pendant la nuit.

Traitement : Teinture de digitale, 6 grammes ; à dix heures du soir un peu de calme. Pendant la nuit, plusieurs vomissements.

8. La potion de 6 grammes a été vomie en partie. Pouls à 52 pulsations pleines, régulières ; peau sudorale. Calme.

Traitement : Bouillons ; 4 grammes de teinture de digitale en lavement.

Le 9. La raison est très-nette ; aucune incohérence dans les paroles et les actes ; plus d'hallucinations ; apyrexie ; pouls à 64 pulsations ; peau normale.

Traitement : Lavement avec teinture de digitale, 4 grammes ; potages ; vin, 250 grammes.

Le 10. Calme ; intégrité de la raison. Faiblesse générale.

Le régime alimentaire est progressivement augmenté ; aucun trouble intellectuel nouveau ne se manifeste, et le malade quitte l'hôpital le 17 octobre 1863.

Cette observation me paraît diminuer la valeur thérapeutique de la digitale, que l'on a tant recommandée depuis quelque temps, dans les cas de délirium tremens, et dont on a si hautement vanté les succès. Bien que donnée dans ce cas, avec la volonté de réussir, et administrée, suivant la formule et les doses en usage par un éminent thérapeutiste, la digitale n'a pas rendu les résultats que l'on en attendait.

Sous son influence, le délire, l'agitation, ont bien cessé au bout de trente-six heures ; mais la fièvre, les sueurs, le tremblement avaient persisté, et le malade était si peu guéri, qu'il a suffi de la suppression du médicament au bout de trente-six heures, pour amener de nouveau le délire, l'agitation, l'incohérence des paroles et des actes. — Il fallut reprendre la médication pendant quarante-huit heures encore pour voir apparaître un calme complet et définitif, que je n'oserais pas attribuer au médicament plutôt qu'aux efforts spontanés de la nature et à la marche ordinaire de l'élimination de l'alcool. Cependant, il est juste de faire remarquer que, quelques heures après l'administration du médicament, il s'est produit un effet thérapeutique évident, consistant en un peu de calme et d'assoupissement.

J'ajouterai que l'administration de la teinture de digitale a été suivie chaque fois de nausées, de vomissements ; il est vrai qu'en vingt-quatre heures 10 grammes de teinture ont été pris d'une manière effective.

Somme toute, la digitale, bien qu'administrée avec tout le soin possible, ne nous paraît pas avoir donné, dans ce cas, tous les résultats que l'on attendait d'elle.

Dr Auguste Voisin,
Ancien chef de clinique de la Faculté.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement du cancer épithélial par le sublimé. Bien des fois on a cherché un spécifique du cancer, et si quelques médecins ont cru le découvrir, l'expérience a démontré que jusqu'à ce jour ce médicament tant désiré, si impatiemment attendu, est encore à trouver. Un des élèves de M. Kuss, de Strasbourg, M. Sénart, croit avoir trouvé dans le bichlorure de mercure un spécifique de la variété de cancer désignée sous le nom d'*épithélioma*. Cette opinion est basée sur deux faits :

Dans le premier, il s'agit d'une femme de soixante-huit ans, qui portait vers la région externe de l'avant-bras gauche un ulcère dont la partie centrale était déprimée, à bords taillés à pio, et recouverte de bourgeons charnus sécrétant une sanie fétide. M. le professeur Kuss fit panser la surface malade avec un plumasseau trempé dans une solution de sublimé au 1,50, après avoir préalablement lavé la plaie par un bain alcalin. Après quatre mois de traitement par le bichlorure mercurique, la guérison était complète, l'excavation comblée et la peau redevenue complétement libre.

Dans le second fait, il est question d'un officier, âgé de trente-sept ans, qui présentait une tumeur en forme de champignon à la pointe du pied gauche. Après un traitement infructueux par le sulfure et l'iodure de potassium à l'intérieur institué par M. Leuret, le pansement avec une solution au centième, puis au soixantième, puis au quarantième de bichlorure mercurique, fit diminuer la tumeur de près d'un tiers et ne laissa plus suinter de sang noir au grattage. Malheureusement le malade fut perdu de vue.

Nous ne pouvons pas ne pas faire remarquer que deux observations, dont l'une n'est pas complète, ne sont pas suffisantes pour émettre l'assertion que le sublimé est un spécifique du cancer épithélial. (*Archives de médecine.*)

Guérison des fièvres intermittentes au moyen de l'os de seiche. MM. Brault, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Peneaux, pharmacien, ont essayé l'os de seiche comme succédané du sulfate de quinine, et après un nombre assez considérable d'expériences, ils sont arrivés à cette conclusion que l'os de seiche agit exactement comme le sulfate de quinine, aussi sûrement, aussi promptement.

Comme plusieurs de nos lecteurs seront peut-être tentés d'user de ce médicament, dont la modicité du prix n'est pas à dédaigner, nous donnons ici le mode d'administration, tel qu'il a été préconisé par notre collègue de Bourges.

Pour obtenir le même effet qu'avec 65 ou 75 centigrammes de sulfate de quinine, il faut de 15 à 20 grammes d'os de seiche. C'est beaucoup de poudre à prendre; sans doute, mais cet inconvénient est compensé en partie par l'absence de goût et d'odeur. Les doses peuvent être établies de la manière suivante, selon l'âge des malades : au-dessus de quinze ans, 20 grammes; de dix à quinze ans, 15 grammes; au-dessous de dix ans, 10 grammes.

Rien n'est plus simple que la préparation de cette poudre. Il suffit de réduire l'os de seiche en poudre, soit en le râpant avec une lime, soit en le grattant avec un couteau, soit en l'écrasant au moyen d'un rouleau ou d'une bouteille.

Sur l'action toxique de l'oxyde de carbone, et sur un moyen de la combattre. M. Klebs a déjà communiqué, l'année dernière, à la Société de médecine de Berlin, les résultats de quelques recherches qu'il avait faites sur l'action toxique de l'oxyde de carbone, et il a continué depuis lors ses recherches, qui l'ont conduit à proposer un nouveau mode de traitement des accidents produits par cette intoxication. Des expériences manométriques et l'observation directe de la circulation dans des ailes de chauve-souris lui font admettre que la réplétion considérable des vaisseaux périphériques est due à une modification survenue dans la tonicité de leurs parois. C'est au trouble de la circulation qui résulte de là qu'il croit pouvoir rattacher la plupart des symptômes et des lésions que l'on rencontre chez les individus empoisonnés par l'oxyde de carbone. D'où la conclusion que, pour combattre ces accidents, il convient de recourir aux moyens susceptibles de produire une constriction des vaisseaux.

Des expériences qu'il a instituées dans ce sens, l'auteur conclut que le seigle ergoté remplit le mieux cette indication; que, sous l'influence de ce médicament, la durée des accidents est notablement abrégée, et que le seigle ergoté peut même amener le rétablissement des fonctions après que les mouvements respiratoires se sont arrêtés, pourvu seulement que le cœur n'ait pas cessé de battre. M. Klebs s'est surtout servi, dans ses expériences, d'une solution d'ergotine de Bonjean, et il a constaté que des doses peu élevées de cette préparation peuvent être injectées à plusieurs reprises dans les veines, sans inconvénient aucun. (Les doses sont indiquées d'une manière équivoque dans le texte que nous avons sous les yeux, et nous ne pouvons, par conséquent, en tenir compte.)

M. Klebs croit, en conséquence, qu'il faudrait recourir à ces injections (chez l'homme) dans les cas où la terminaison fatale paraît imminente, tandis que, dans les cas moins graves, on pourrait donner le médicament à l'intérieur.

M. Remak a fait remarquer, à propos de cette communication, que la première indication consiste à rétablir les fonctions hématosiques des globules sanguins, qui sont en quelque sorte paralysés dans l'intoxication en question, et il croit avoir trouvé dans le courant galvanique constant un moyen de remplir cette indication. M. Remak a en outre fait remarquer qu'il serait utile de rechercher si le principe actif de l'ergot ne pourrait pas être administré utilement par la méthode hypodermique. (*Deutsche Klinik*, numéro 12, 1865.)

Nouveau réactif de la bile dans les urines. Pour constater la présence de *la bile* dans les urines, M. Cunisset, pharmacien de la marine, propose le procédé suivant : On introduit dans un tube d'essai 40 à 50 grammes de l'urine à analyser, on ajoute 5 ou 6 grammes de chloroforme, et l'on agite quelques instants, en ayant soin de boucher l'extrémité ouverte du tube. Au contact du chloroforme, l'urine bilieuse prend immédiatement une coloration d'un beau jaune; par le repos, le chloroforme se précipite à la partie inférieure du tube, entraînant les principes gras de l'urine, colorés par la matière jaune de la bile, et formant une couche colorée en jaune, nettement distincte de la partie supérieure du liquide.

M. Cunisset a essayé ce réactif un grand nombre de fois à l'hôpital de Brest, et dernièrement à l'hôpital de Port-Louis, sur des urines d'ictériques; il lui a toujours donné de bons résultats, notamment dans plusieurs cas où l'acide nitrique et l'acide chlorhydrique n'avaient déterminé aucune coloration verte. M. Cunisset fait remarquer que l'emploi de l'acide nitrique ne permet pas de constater facilement la présence de la bile; le moindre excès fait virer au rouge vineux le principe colorant de la bile, et, cette coloration pouvant se confondre avec celle de l'urine, l'opérateur qui ne voit pas apparaître la coloration verte, peut être induit en erreur. Le chloroforme, agité avec de l'urine normale, additionnée d'une très-faible quantité de bile récemment extraite de la vésicule biliaire, a produit la même coloration, et, par le repos, le même dépôt d'un très-beau jaune. (*Archives de médecine navale*, mai 1865.)

Soupe de Liebig. Voici la recette d'un aliment qui pourra servir à élever les enfants atteints de syphilis congénitale sans danger de contaminer une famille entière. C'est, dit l'illustre chimiste, celui qui remplace le mieux l'allaitement naturel, la bouillie exigeant un long travail de l'estomac pour transformer l'amidon en sucre et dextrine. On évite cet inconvénient en ajoutant à la farine autant de fine fleur de malt, soit 15 grammes de chaque et 32 centigrammes de bicarbonate de soude pour suppléer à l'alcalescence de ces farines relativement au lait de femme, et l'on mélange intimement avec 30 grammes d'eau. Délayer ensuite dans 150 grammes de lait de vache, placer sur un feu doux, en retirant, dès que le mélange s'épaissit, pour le replacer alternativement, en ne portant à l'ébullition que que lorsqu'il reste fluide, et après quelques minutes, le mets est prêt : il n'y a plus qu'à servir.

Ce potage nutritif s'est montré efficace dans un grand nombre de cas, et l'usage en est si répandu à Munich, que les pharmaciens tiennent officinalement les paquets indiqués de malt et de bicarbonate de soude. (*Journal des connaissances médico-chirurgicales.*)

Cérat camphré dans l'érysipèle. M. Bazin, médecin de l'asile des aliénés de Bordeaux, se loue beaucoup des résultats que lui aurait donnés le cérat camphré dans une épidémie d'érysipèle qu'il vient d'observer.

Ce traitement consiste à appliquer sur les parties atteintes d'érysipèle une pommade ainsi composée :

Cérat......... 20 grammes.
Camphre...... 1 à 2 gr.

La couche de cérat doit avoir de 1 à 2 millimètres d'épaisseur et être recouverte d'une feuille de ouate.

Dernièrement, M. Bazin a vu disparaître avec une rapidité insolite un érysipèle du sein ainsi traité chez une jeune fille atteinte de manie aiguë, et à laquelle on avait ouvert un abcès consécutif à un coup. M. Bazin pourrait citer 20 ou 25 cas de succès obtenus dans des circonstances pareilles.

Sans mettre en doute les bons effets constatés par notre confrère, nous

ferons seulement observer que les corps gras en général sont contre-indiqués dans le traitement de l'érysipèle. (*Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Relation entre la vaccine et la variole. M. Chauveau a fait à Lyon des recherches expérimentales sur la relation qui existe entre la variole et la vaccine.

Ces expériences, entreprises sur son initiative, à la suite de la discussion de l'Académie sur cette question, par une Commission dont il faisait partie avec MM. Viennois et Meynet, ont été consignées dans un rapport lu à la Société des sciences médicales de Lyon.

La Commission a étudié comparativement sur les deux principales espèces animales vaccifère et vaccinogène, le bœuf et le cheval, les effets de l'inoculation vaccinale et de l'inoculation variolique.

M. Chauveau résume en ces termes les résultats et les conclusions de ces expériences :

1° La variole humaine s'inocule au bœuf et au cheval avec la même certitude que la vaccine.

2° Les effets produits par l'inoculation des deux virus diffèrent absolument.

Chez le bœuf, la variole ne produit qu'une éruption de papules, si petites, qu'elles passent inaperçues, quand on n'est point prévenu de leur existence. La vaccine, au contraire, engendre l'éruption vaccinale type, dont les pustules sont larges et si bien caractérisées.

Chez le cheval, c'est aussi une éruption papuleuse, sans sécrétion ni croûtes, qu'engendre la variole; mais quoique cette éruption soit beaucoup plus grave que celle du bœuf, on ne saurait jamais la confondre avec le horse-pox si remarquable par l'abondance de la sécrétion, l'épaisseur de ses croûtes.

3° La vaccine inoculée isolément aux animaux des espèces bovine et chevaline les préserve en général de la variole.

4° La variole inoculée à ces mêmes animaux s'oppose généralement au développement ultérieur de la vaccine.

5° Cultivée méthodiquement sur les mêmes animaux, c'est-à-dire transmise du bœuf au bœuf et du cheval au cheval, la variole ne se rapproche pas de l'éruption vaccinale. (*Académie de médecine.*)

Vaccination animale. M. Lanoix vient de rendre compte des expériences qu'il a entreprises à ce sujet.

Dans une première séance de revaccinations faites au lycée du Prince impérial, 180 enfants de neuf à douze ans et demi furent revaccinés, et sur ce nombre il y en eut 63 sur lesquels le vaccin reproduisit des pustules de bonne vaccine.

Dans une deuxième séance, 200 enfants plus jeunes, de sept à neuf ans, subirent l'inoculation. Sur 20 d'entre eux seulement il y eut une bonne vaccine. — En tout 80 succès sur 380 revaccinés, c'est-à-dire 20 pour 100.

Deux mois après, M. le docteur Michel, médecin de l'Institution de Fontenay (succursale de Sainte-Barbe), revaccina tous les enfants de ce collége avec du vaccin animal. Sur 400 enfants, 76 eurent une bonne vaccine.

En ajoutant aux chiffres qui précèdent 40 autres revaccinations pratiquées sur des enfants de sept à treize ans, on a un total de 820 revaccinés sur lequel le chiffre des succès est de 108, soit 21 pour 100.

M. Lanoix rapporte en outre les résultats obtenus par M. Dhéré dans un pensionnat de jeunes filles et consignés dans la *Gazette des hôpitaux* du 2 mars 1865.

Les revaccinations sur des sujets de quatorze à vingt ans, au nombre de 71, ont donné 31 succès. Sur des adultes de vingt à quarante, le chiffre des succès est de 97 sur 200. Il est de 7 sur 30 chez des sujets âgés de quarante à cinquante ans. Enfin, sur 5 personnes de cinquante à soixante ans, 2 ont été revaccinées avec succès.

L'auteur expose ensuite les moyens pratiques qu'il a mis en œuvre pour fonder un établissement particulier de vaccination animale et ceux que l'on pourrait adopter en vue d'une organisation générale.

Puis il termine en disant que toutes les observations qu'il a recueillies, toutes les réflexions que lui a suggérées l'étude de la vaccination animale avec le vaccin de génisse, consolide la foi déjà profonde que les affirmations de M. Négri avaient fait naître en lui. « Comme il y a six mois, dit-il, et plus convaincu encore, je viens dire que la transmission du vaccin est

toujours possible de la génisse à la génisse et en aussi grande quantité que pourront l'exiger les besoins d'un grand service; que le vaccin ne s'affaiblit pas, mais qu'il conserve plus longtemps, plus sûrement son activité dans son passage à travers l'organisme animal que dans son passage à travers l'organisme humain; que les vaccinations donnent toujours ou presque toujours, au moins, un résultat positif, les revaccinations une moyenne de succès supérieure à la moyenne des succès fournis par le vaccin humain; que la pratique de la vaccination par le vaccin de génisse est facile; qu'elle devient en temps d'épidémie de variole une ressource puissante pour combattre cette terrible maladie, en raison de l'abondance du vaccin qu'elle peut rapidement porter sur tous les points où il est nécessaire. » (*Acad. de méd.*)

De l'emploi du protoxyde d'azote (gaz hilariant) dans le traitement des maladies mentales. M. le docteur Chapelle, d'Angoulême, a eu l'idée d'employer cette médication dans la paralysie générale, la démence et la lypémanie. Ce médecin prescrit le gaz hilariant en solution dans l'eau, à la manière de l'acide carbonique dans l'eau de seltz. La dose ordinaire est d'un verre matin et soir.

Les résultats obtenus n'ont pas été satisfaisants pour les deux premières variétés d'affection cérébrale, et ce n'était pas difficile à prévoir; mais M. Chapelle rapporte deux faits de lypémanie dans lesquels l'état des malades aurait été amélioré d'une manière prompte et durable par l'usage du protoxyde d'azote. (*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

Un concours pour deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux s'est ouvert le 30 mai. — Le jury du concours se trouve ainsi composé :

Juges titulaires : MM. Guérard, Hervieux, Heurteloup, Matice et Marjolin. — *Juges suppléants :* MM. Bourdon et Desormeaux.

M. le docteur Vulpian, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à suppléer, pendant l'année 1865, M. Flourens, professeur de physiologie comparée au Muséum d'histoire naturelle de Paris.

Par suite du décès de MM. Morel-Lavallée et Béraud, le mouvement suivant a lieu dans les hôpitaux de Paris :

M. A. Richard, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, passe à l'hôpital Beaujon.

M. Verneuil, chirurgien de l'hôpital du Midi, passe à l'hôpital Lariboisière.

M. Bauchet, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (femmes), passe à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Foucher, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, passe à l'hôpital du Midi.

M. Panas, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), passe à l'hôpital de Lourcine.

M. Tillaux, chirurgien du Bureau central, passe à l'hospice de Bicêtre.

M. Labbé, chirurgien du Bureau central, passe à l'hospice de la Salpêtrière.

Par un décret en date du 7 mai dernier, il est créé à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux une chaire d'histoire naturelle médicale. — Il est attaché à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux un chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.

M. le Dr Bertillon vient d'être nommé inspecteur des eaux d'Ussat (Ariége).

La Société d'anthropologie a tenu jeudi, 8 juin, une séance solennelle pour célébrer le sixième anniversaire de sa fondation, sous la présidence de M. Pruner-bey. Le prix Godard, sur le rapport de M. Simonot, a été décerné à M. Gillebert-d'Hercourt. Après le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1864, par M. Daily, compte rendu extrêmement remarquable, sur lequel nous reviendrons prochainement, M. Lagneau a donné lecture du rapport de la Commission permanente de l'anthropologie de la France.

La séance a été terminée par une lecture de M. Pruner-bey, qui a annoncé la fondation de Sociétés d'anthropologie à Londres, à Madrid, à Saint-Pétersbourg et à New-York.

Les salons de Lemardelay ont ensuite réuni les membres de la Société résidant à Paris. Pendant le dîner, un télégramme collectif, envoyé par les an-

thropologistes allemands, fut accueilli avec enthousiasme. La réponse — une réponse chaleureuse — repartit immédiatement pour Vienne. Ce fut comme le signal de la gaieté et de l'expansion.

En somme, cette sixième séance solennelle a été on ne peut mieux remplie, et le nombre de travaux accomplis dans le cours d'une année par la Société d'anthropologie est vraiment prodigieux. C'est, de toutes les Sociétés savantes, la plus active, incontestablement, et celle dont les recherches offrent le plus haut intérêt.

Le docteur Rollande du Plan, médecin à Château-Renard, vient de mourir à la suite d'une attaque d'apoplexie, qui l'a enlevé en moins de trois jours. Le concours unanime de monde, venu de tous côtés, qui se pressait à ses funérailles, la tristesse peinte sur tous les visages, les larmes que beaucoup versaient, tout témoignait aux yeux du spectateur le plus indifférent quels regrets unanimes emportait avec lui dans la tombe l'homme excellent que nous venions de perdre.

En effet, le docteur Rollande, plein de zèle pour la science médicale qu'il exerçait avec distinction, plein de dévouement pour ses malades, s'était fait dans la classe indigente une clientèle nombreuse, à laquelle il prodiguait d'une main les secours de l'art, et de l'autre les secours de toute nature, à ce point même de se dépouiller du linge qu'il portait sur lui, pour que le malade pût aussitôt en faire usage. Qui peut savoir tout le bien qu'il a ainsi fait sans ostentation, sans orgueil? Car lui-même n'en parlait jamais, et si peu à peu le public a été initié à tous ces bienfaits, c'est toujours par suite d'indiscrétions reconnaissantes. Grâce à l'activité infatigable dont il était doué, il trouvait encore le temps, après s'être occupé de médecine et de chirurgie, de se délasser dans l'étude des sciences et même de publier des brochures soit sur l'électricité, soit sur le mouvement planétaire. La littérature était aussi pour lui une douce occupation qu'il avait toujours aimée.

Son testament a été le digne couronnement de toute sa vie. Il a légué sa maison, qui est grande et considérable, pour en faire un hospice, qui, nous en faisons du moins le vœu, prendra le nom d'*hospice Rollande*, pour perpétuer dans son pays le souvenir de cet homme de bien. Il a légué une somme de 2,000 francs à la caisse de secours des médecins de Paris.

Ah ! si quelque chose peut consoler en ce monde la veuve que laisse après lui le docteur Rollande, c'est sans contredit le souvenir des bienfaits et des services qu'il a rendus pendant sa vie et qu'il continue après sa mort, c'est cette unanimité de regrets et de larmes qu'a laissés cette mort dans tous les cœurs ; et si sa douleur ainsi partagée sur un aussi grand nombre de personnes peut en être diminuée, qu'elle puise dans ce concert unanime la juste consolation du grand malheur qui vient de la frapper.

Nous avons à annoncer une bien triste nouvelle. M. Réveil, professeur agrégé à la Faculté de médecine et à l'École de pharmacie, dont le nom était bien connu des lecteurs de ce Recueil, vient d'être frappé d'une mort subite.

Nature droite et honnête, travailleur infatigable, M. Réveil était devenu un de nos toxicologistes les plus distingués.

Les États-Unis d'Amérique viennent de perdre leur plus célèbre chirurgien, Valentine Mott.

V. Mott était élève d'Astley Cooper et avait passé sept ans en Europe avant d'aller se fixer à New-York. Il fut un des premiers chirurgiens qui pratiquèrent la ligature du tronc brachio-céphalique ; le premier il a pratiqué, avec succès, la ligature de l'artère iliaque primitive. Il a fait, en sa vie, de 112 à 115 ligatures d'artères, parmi lesquelles, outre les deux que nous venons de citer, il faut compter la ligature de l'artère iliaque interne, de l'artère axillaire, des deux carotides, etc. Il a publié, entre autres ouvrages, une traduction de la *Médecine opératoire* de M. Velpeau, et divers mémoires sur les tumeurs, les hémorrhagies, etc. Il était docteur en jurisprudence et fondateur de l'Académie de médecine de New-York.

ERRATUM. Une erreur s'est glissée dans notre numéro du 30 avril. A l'article pharmacie : *Préparation de viande crue*, ce n'est pas M. Mouchon qu'il faut lire, mais M. Guichon, pharmacien à Lyon.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Contribution à l'étude du traitement des maladies du cœur [1].

Par M. le docteur Ferrand, ancien interne lauréat des hôpitaux.

De la digitale. — Ce médicament, dont l'action est envisagée à des points de vue si divers et interprétée de tant de façons contradictoires, laisse toujours dans le doute le praticien qui l'emploie et l'oblige à une grande réserve, tout en l'exposant à ne rien faire.

C'est là encore un grave écueil, si l'on s'en rapporte aux paroles suivantes de Hope : « Every attack gives the patient much ground to retrace... and death may result from the indiscretion of a day. »

Les observations originales que j'ai faites à ce sujet me semblent d'ailleurs présenter un intérêt dont on jugera.

D'autre part, on ne peut se résoudre à considérer la digitale comme la panacée unique et essentielle des affections du cœur, quelles qu'elles soient, ni à la donner à n'importe quelle dose, sous n'importe quelle forme, dans chacune de ces affections.

Depuis Withering jusqu'à nos jours, c'est-à-dire depuis que la digitale a été employée en médecine, on a tenté toujours d'expliquer son action sur la circulation par une influence directe sur le cœur ou sur son système nerveux. Stimulation cardiaque, tonification cardiaque, sédation cardiaque, tous les modes possibles d'influence sur le cœur ont été tour à tour ou à la fois attribués à l'action de la digitale. A peine quelques auteurs ont-ils timidement essayé de lui attribuer un certain degré de sédation sur la circulation capillaire.

Ces divergences d'opinion sur l'action thérapeutique de la digitale d'une part, et d'autre part la difficulté de s'entendre aussi sur les modifications du pouls auxquelles on en demandait l'indication, telle est la source du chaos d'où cette question de la digitale a tant de peine à sortir.

Nous n'avons ni le pouvoir ni le désir de refaire encore une fois l'historique de cette question ; on le trouve parfaitement exposé dans le traité de MM. Homolle et Quévenne, et dans un travail du docteur Germain, de Château-Thierry, publié dans la *Gazette hebdomadaire* de 1860.

De tous ces travaux, il résulte que la digitale a une action hy-

[1] Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 481.

dragogue (Withering) et une action sédative du cœur (Cullen), outre son action irritante locale et son action contro-stimulante. Je ne dis rien des propriétés antispasmodique et antipériodique qui lui ont encore été attribuées.

Or, il n'est pas un de ces effets de l'administration de la digitale qui soit assez constant pour n'avoir pas été nié par des observateurs dignes de foi. Il n'est pas jusqu'à la sédation cardiaque qui, dans les expériences qu'on a effectuées, n'ait manqué un certain nombre de fois, si bien qu'elle a été complétement mise en doute par Chomel lui-même dans son article du *Dictionnaire de médecine* en 30 vol.

Nul aujourd'hui, sans doute, n'est tenté de nier cet effet, après les belles expériences de MM. les professeurs d'Alfort, Bouley et Reynal, après les travaux de MM. Bouchardat et Sandras, de MM. Homolle et Quévenne. Nous pourrions encore citer à l'appui les observations recueillies par nous dans les services de nos maîtres.

Mais pour garder toute réserve, on peut dire que la sédation cardiaque n'est pas l'effet immédiat, direct, essentiel, nécessaire de la digitale; c'est indirectement que ce phénomène se produit, et voilà comment il peut varier et manquer.

Les auteurs qui ont reconnu une action directe et spéciale de la digitale sur l'innervation du cœur ont admis, depuis Traube, qu'elle agit sur le système nerveux régulateur de la circulation. Sans doute cette théorie trouverait un nouvel appui dans les découvertes récentes qui ont permis de généraliser l'existence et l'action des nerfs d'arrêt qui se partageraient avec les nerfs d'action le système vaso-moteur. Est-ce, en effet, le mode d'action intime de cette substance d'agir sur la circulation par l'intermédiaire de ces nerfs plus ou moins démontrés? On peut poser la question. Y répondre, c'est autre chose.

A s'en tenir prudemment au domaine de l'observation pure, voyons quels effets physiologiques découlent de l'administration de cette substance :

C'est d'abord le ralentissement des battements cardiaques et du pouls qui devient lui-même plus dur et plus résistant sous le doigt, et il est constant que, malgré une augmentation notable de l'impulsion cardiaque, le pouls reste cependant sans un grand développement.

Quant à l'accroissement fréquent de certaines sécrétions, celle des urines en particulier, et à la résolution des divers épanchements et congestions de sérosité, ce sont des effets possibles, mais secondaires, de la même substance.

L'effet direct et immédiat que la digitale paraît produire sur la circulation est donc d'en augmenter la tension. En effet, c'est le fait de l'accroissement de la tension artérielle de ralentir les battements du pouls et de redonner à celui-ci de la plénitude et de la résistance.

Les observations que j'ai déjà recueillies dans le service d'hôpital de mon cher maître M. le docteur Delpech et sous sa bienveillante inspiration, ces observations, bien que peu nombreuses encore, semblent justifier cette manière de voir. En effet, le sphygmographe de Marey, appliqué à plusieurs reprises à des malades affectés ou non de maladies du cœur et soumis à l'usage de la digitale, indique assez nettement les résultats suivants : le tracé sphygmique diminue quelque peu son amplitude, et à mesure que ses caractères s'accusent davantage, la ligne d'ascension s'oblique un peu pour s'unir à un plateau convexe, assez étendu, horizontal, auquel fait suite une ligne de descente uniforme et sans aucune ondulation; le tout coïncidant avec un notable ralentissement du pouls.

Disons toutefois que si ce résultat nous a paru ressortir de l'ensemble des faits, il ne faut pas s'étonner qu'il ne se confirme pas toujours d'une façon absolue : beaucoup d'éléments concourent à déterminer le taux de la tension vasculaire; il suffit que l'un d'eux varie en de certaines proportions, dans un sens contraire aux autres, pour que le chiffre de ce taux se trouve par cela considérablement modifié.

Par exemple, il est une condition dont il faut tenir grand compte, c'est la production des effets secondaires de la digitale, et en particulier la diurèse. Lorsque ces faits d'hypercrinie viennent à se produire, la tension vasculaire s'abaisse par le fait même de l'évacuation d'une certaine quantité de liquide au dehors.

Le chiffre de la tension vasculaire peut donc encore être abaissé dans ce cas, malgré l'administration du médicament, puisque ce chiffre est formé en raison composée de l'augmentation produite par l'action de la digitale, et de la diminution due à l'émission diacritique.

Cette cause d'erreur nous a paru se dévoiler complétement chez un malade encore actuellement couché dans le service de M. Delpech, au numéro 13 de la salle Saint-Ferdinand, hôpital Necker.

Obs. III. Cet homme est entré le 26 avril avec les signes rationnels et physiques d'une affection mitrale : souffle dur et profond au premier temps, avec maximum à la pointe. Sorti du service il y a quinze jours, le malade rentre avec de fortes palpitations et de l'asthme cardiaque. En même temps il éprouvait une sensation de

dypsnée vive et de plénitude marquée ; il porte un œdème excessif des membres inférieurs ; son pouls, pris alors au sphygmographe, indique une assez forte tension dans les vaisseaux. On le met, le 1er mai, à l'usage de la digitale (15 gouttes de teint.), et, jusqu'au 12 mai que le médicament fut continué, sans donner lieu à la diurèse, cette tension, loin de diminuer, ne fit que augmenter encore, ainsi que l'indiquait la variation du tracé sphygmique dans le sens que j'ai ci-dessus noté, c'est-à-dire le ralentissement du pouls, la diminution d'amplitude, etc. ; et cet accroissement de tension se faisait malgré le soulagement apparent que le malade trouvait dans le repos qui lui était prescrit, bien plus que dans une amélioration qui ne se trahissait dans aucun des symptômes congestifs et hydropiques qu'il présentait. Le pouls avait baissé en même temps de 10 pulsations par minute.

Le 12 mai. Une diurèse abondante ayant commencé à se produire, le tracé reprit une amplitude double au moins de la précédente et légèrement ondulée, bien que la fréquence du pouls ne fût pas encore revenue à ce qu'elle était auparavant.

L'opinion qui ressort de la comparaison de ces trois tracés sphygmographiques, pris à trois époques différentes du traitement, est que la digitale, administrée chez un malade atteint d'affection du cœur, alors même que la tension vasculaire s'est déjà élevée chez lui, tend à élever encore le taux de cette tension, jusqu'à ce qu'une diacrise quelconque vienne la faire baisser au-dessous même de ce qu'elle était avant toute prescription médicale.

Mon ami Marey m'a appris récemment que des observations personnelles que j'ignorais l'ont conduit aux mêmes résultats sur ce sujet.

Tel est le fait brut : la digitale ralentit le pouls, augmente la tension vasculaire, excite certaines diacrises. Or, comment se produit cet effet et de quelle façon agit-elle pour modifier ainsi la circulation ?

Agit-elle en excitant le système vasculaire à diminuer son calibre par une sorte de contraction active de ses parois, phénomène qui se produirait par l'intermédiaire d'une influence nerveuse ?

Ou bien, mise en présence des tissus et de la cellule vivante qui vient, sous l'influence d'une tension sanguine exagérée, de donner accès à une trop abondante sérosité, n'a-t-elle pas pour rôle de rétablir les conditions d'exosmose vitale par lesquelles ces produits vont rentrer dans la circulation, malgré son degré de tension qu'ils vont augmenter encore ?

Cette seconde hypothèse est celle qui me paraît se rapprocher le plus des faits connus, celle qui les explique le mieux et en plus grand

nombre; c'est celle que justifient en particulier les dernières études entreprises sur la matière et que j'ai résumées dans ce travail.

« Parmi les agents de la matière médicale, disent MM. Trousseau et Pidoux, il en est qui n'exercent sur l'économie qu'une action fugace; la modification ne semble avoir touché que le système nerveux... Il en est d'autres qui donnent aux éléments organiques quelque chose qui demeure, qui survit à l'impression du médicament : c'est tantôt un élément constitutif, ou une aptitude fonctionnelle plus complète (analeptiques); tantôt, au contraire, ils dénaturent le sang et les humeurs, ils diminuent leur aptitude à la nutrition et à fournir des éléments aux phlegmasies, peut-être aussi rendent-ils impossible la génération de produits accidentels épigénétiques : ce sont les altérants.

« Or, on en reconnaît deux sortes : ceux qui liquéfient, atténuent le sang, sans excitation préalable, ce sont le mercure et les alcalins; les autres produisent toujours, avant leur effet altérant, une irritation générale variable : ce sont l'arsenic, l'iode, l'or et le platine. »

La digitale me paraît devoir se ranger parmi les altérants de cette catégorie. C'est à ce titre, nous paraît-il, qu'elle peut être regardée comme sédative et contro-stimulante, bien plutôt qu'à titre de diurétique. La diurèse, en effet, ne saurait, comme on l'a cru, donner directement la mesure des propriétés sédatives ou antivitales d'un agent thérapeutique. Comme toute diacrise, elle est en rapport avec un fait général, qui lui est commun avec toutes les autres, et qui est l'accroissement de tension vasculaire, et comme les autres aussi elle a pour résultat de faire diminuer cette tension.

Ceci sans doute ne saurait faire rejeter quand même la possibilité d'une hypercrinie, due à l'excitation fonctionnelle d'une glande isolée, sans accroissement de tension vasculaire préalable; mais lorsque les choses se passent ainsi, les modifications qui surviennent dans les fonctions de circulation sont consécutives à l'hypercrinie et se résument en une diminution de la tension vasculaire. La digitale, au contraire, modifie d'abord la circulation; l'influence rénale ne vient qu'en second lieu.

Loin de faire rejeter dans l'action de la digitale quelque chose de spécial tendant à influencer les reins, il semble que cette explication commande de l'admettre; car on ne comprendrait pas sans cela pourquoi la tension étant augmentée dans tout le système sanguin ou artériel, la diacrise se fait jour exclusivement par la glande rénale. Mais, encore une fois, l'exagération de tension précède et prépare la diacrise, qui ne se détermine que secondairement.

En résumé, la digitale n'est donc pas un spécifique, bien que, comme tout médicament, elle puisse localiser spécialement son action sur un point déterminé et sur une modification fonctionnelle à part. De plus, la digitale est un altérant. Son action n'est pas de celles que MM. Trousseau et Pidoux attribuent à ces agents, qui n'exercent qu'un rôle fugace et ne semblent toucher que le système nerveux.

Il y a plus : il y a dans l'action de la digitale une influence intime, profonde, en vertu de laquelle la cellule vivante va rendre au sang les produits liquides qu'elle avait reçus en excès, tout en redonnant à ce dernier une fluidité et une tension supérieures.

Cette manière de voir rapproche beaucoup la digitale d'un médicament qui serait fort employé dans la médecine anglaise contre les maladies du cœur ; je veux parler du mercure et en particulier du calomel : ce sont bien là des altérants.

Stokes, récemment encore, a préconisé tout spécialement l'usage du mercure dans la dilatation cardiaque, avec affaiblissement de l'action du cœur. Plusieurs cas sont cités par lui, dans lesquels l'efficacité du médicament paraît incontestable. Il donne en particulier l'observation d'un homme qui, portant une tumeur hépatique, était de plus atteint d'une excessive dilatation avec affaiblissement cardiaque, se manifestant par des alternatives d'excitation et de calme dans les fonctions du cœur et chez lequel le mercure eut le meilleur effet.

Le mercure, dit Stokes, régularise l'action du cœur, il chasse l'anasarque et diminue le foie, produit lui-même la diurèse, et en tous cas prépare parfaitement aux diurétiques, qu'on administre après lui, un rôle facile et complet ; et l'association des deux médicaments en des prises de calomel et de digitale aurait, suivant lui, des résultats véritablement héroïques.

Il est vrai qu'il considère la digitale comme un sédatif et un diurétique seulement ; mais il n'en prouve pas moins ce que j'avance : que le mercure donné dans certains cas de maladie du cœur est d'une utilité réelle, qu'il agit comme altérant, c'est-à-dire comme modificateur intime de la nutrition.

On sait que Hope a employé encore comme autre succédané l'acétate de plomb. Henry Marsh aussi propose l'usage du sulfhydrate d'ammoniaque, que Graves rejette comme étant de nul effet.

Il en est autrement de l'acide cyanhydrique, dont l'usage est fort dangereux, et qui, à titre de stupéfiant, ne saurait être assimilé à la digitale.

Mais, dira-t-on, si la digitale est un altérant, si elle calme les battements du cœur, n'est-ce pas parce qu'elle est diurétique? Broussais est allé plus loin encore, en soutenant que le sirop d'asperges, qui est un puissant diurétique, pouvait ralentir le cœur aussi bien que la digitale; Andral professe que la digitale n'agit que par la diurèse et la nausée qu'elle provoque; et nous l'avons déjà dit, MM. Trousseau et Pidoux attribuent aux diurétiques en général une influence sédative sur le cœur.

Mais nous avons répondu à ces assertions : au point de vue rationnel, une diacrise telle que la diurèse a pour effet de diminuer la tension vasculaire et par conséquent d'accroître la fréquence du pouls; au point de vue des faits, dans l'ordre des effets produit par la digitale, la sédation est la première influence, la diacrise, quand elle se produit, ne vient qu'ensuite.

Tout donc vient confirmer cette manière d'entendre le rôle de la digitale; l'analogie d'une part, avec les autres altérants, et d'autre part, les différences qui l'éloignent des autres classes de médicaments.

Il n'est pas jusqu'à l'action irritante locale, et à l'action controstimulante qu'elle ne partage avec les altérants en général, pourvu qu'on l'administre à la dose et sous les formes voulues.

Mais, je m'arrête à ce qui me paraît plus immédiatement pratique, et je cite, pour exemple de l'effet altérant de la digitale la dixième observation de mon recueil, dont la méditation n'a pas peu contribué à m'amener aux conclusions que je viens d'énoncer sur cette propriété.

Obs. IV. D*** (Mélanie), cinquante-cinq ans, concierge, entre le 6 février 1860 à l'hôpital Cochin; service de M. le docteur de Saint-Laurent, salle Saint-Philippe, n° 9.

Attaque de rhumatisme en 1844, à l'Hôtel-Dieu. La mère de la malade a été arthritique et est morte à quarante-cinq ans.

Depuis longtemps cette malade éprouve quelques battements de cœur et de la difficulté à monter les escaliers; depuis deux mois elle éprouve facilement de l'oppression; et depuis quinze jours environ, elle a remarqué que ses jambes enflent le soir. Elle a de plus un peu de toux, difficile et sans expectoration.

Actuellement, elle ne peut rester dans le décubitus dorsal; les battements du cœur sont violents, bien qu'ils ne donnent pas lieu à un notable frémissement; les bruits cardiaques sont sourds et prolongés; il y a un souffle à chaque temps avec maximum à la base, et même au-dessus au niveau de la crosse de l'aorte, qui paraît grandement dilatée; les battements se sentent facilement à la fourchette sternale. Le pouls semble retarder un peu sur le souffle,

il est d'ailleurs bref et vif, bien que non manifestement bondissant; d'où le diagnostic : hypertrophie du cœur, dilatation de l'aorte, rétrécissement et insuffisance aortiques. (Tisane de tilleul, teinture de digitale, 15 gouttes ; lavement.)

Le 8 février. Déjà les signes d'excitation cardiaque liée à l'hypertrophie ont presque disparu et le pouls s'est ralenti; mais les deux souffles sont plus nets. Le soir, elle a comme un accès d'oppression douloureuse.

Le 9. A la suite d'un vomissement elle éprouve du soulagement, et le pouls reprend sa fréquence.

Le 10. Teinture de digitale, 30 gouttes.

Le 11. Le pouls, plus calme, compte à peine 80, et cependant elle a encore vomi une fois et éprouvé de la dypsnée hier au soir.

Le 13. Les souffles sont plus nets que jamais; le second plus doux et plus prolongé que le premier, et le pouls devient tout à fait caractéristique de l'insuffisance; et malgré cela elle garde toujours une vive oppression. (On continue l'usage de la digitale à 30 gouttes, en l'associant à l'opium; 4 gouttes de laudanum, et extrait thébaïque, 0gr,05.)

Le 15. Il n'y a pas d'amélioration; il y a eu au contraire du délire cette nuit, et l'œdème des jambes s'est accru au point d'empêcher les mouvements et d'envahir les fesses. L'œdème augmente ainsi avec la dypsnée jusqu'au 20 février, époque où l'on cesse l'usage de la digitale pour lui donner de l'eau-de-vie allemande.

Le 21. La malade a eu des évacuations abondantes, qui ont diminué l'œdème très-notablement, et lui ont procuré un mieux sensible. L'amélioration persiste les jours suivants avec la diarrhée.

Le 24. On lui donne de nouveau 15 gouttes de teinture de digitale; et de nouveau, bien que la diarrhée persiste un peu, l'œdème augmente avec la dyspnée.

On lui donne, le 5 mai, 5 centigrammes d'opium, et, le 7, du sulfate de magnésie, 30 grammes; ce qui amène un peu de rémission.

Le 10 mai. On revient à l'eau-de-vie allemande; mais cette fois, la malade n'en retire pas un soulagement aussi immédiat, car l'œdème est plus dur, la dyspnée, intense, et la face se décompose.

Le 11. Le mieux se fait sentir cependant, et bien que la dyspnée ait peu diminué, l'œdème est moindre.

Le 13. Une congestion hémorrhagique se produit à la base du poumon droit, qui donne lieu à un point de côté, à des crachats hémoptoïques, à une oppression excessive et à des râles crépitants et sous-crépitants abondants.

Le 16. Il y a moins d'orthopnée, la malade peut parler. Même état du poumon droit, même expectoration sanguinolente. L'état de soulagement ne se prolonge pas même jusqu'au soir. Le bras droit est le siége d'un très-fort œdème.

Le 20. Le pouls est toujours roide, moins fréquent, plus régulier. Même état du côté droit de la poitrine; toujours de la matité, du souffle éloigné, avec hémoptysie. Il semble en bas et à gauche y avoir un peu de frottement.

Le 23. Il y a comme une nouvelle poussée dans l'abondance des crachats sanguins, et les râles s'étendent aussi au poumon gauche, dans lequel on ne retrouve plus le frottement.

Le 26. L'expectoration diminue, ainsi que l'œdème des jambes, mais celui-ci est plus apparent à la face.

Le 29. Délire et hallucinations.

Elle meurt le 2 avril au matin.

Autopsie : on trouve dans les poumons toutes les variétés et tous les degrés de l'apoplexie, depuis l'infarctus jusqu'aux noyaux enkystés.

Le cœur est considérablement hypertrophié, en même temps que dilaté. Les parois du ventricule gauche ont 2 centimètres d'épaisseur dans leur partie moyenne et l'orifice mitral développé mesure 12 centimètres. Aussi sa valvule était-elle bien insuffisante.

La crosse de l'aorte porte un renflement considérable dont l'intérieur est tapissé de stéatômes, et même en un point d'un peu d'encroûtement calcaire.

Le foie est dense, chagriné, d'aspect muscade à la coupe.

Les reins sont congestionnés; l'un porte un kyste gélatineux, l'autre renferme de petites concrétions blanches dures, du volume d'une tête d'épingle. Corps fibreux utérin.

Cette observation m'a paru d'un grand enseignement en ce qu'elle offre, en résumé, un sujet qui, atteint d'une affection du cœur, fut mis alternativement, et à plusieurs reprises, à l'usage de la digitale et des hydragogues; et tandis que la digitale, même malgré son effet sédatif, malgré son association avec l'opium pour faciliter tout à la fois cet effet et la tolérance de l'estomac, malgré cela ou peut-être à cause de cela, tandis que la digitale semblait aggraver les phénomènes secondaires, et en particulier l'anasarque, l'expulsion séreuse provoquée par les purgatifs amenait un soulagement, qui, si court qu'il fût, était cependant notable, et cessa seulement de se produire quand l'apoplexie pulmonaire vint mettre un terme à tous les accidents.

La digitale doit donc être rapprochée des altérants. Elle va chercher dans le sein des tissus les produits épanchés pour les faire rentrer dans la circulation dont elle accroît ainsi la tension, jusqu'à ce qu'une diacrise vienne, comme la diurèse, rétablir l'équilibre avec le taux normal de la tension vasculaire. Son action primitive serait donc cellulaire et non vasculaire. D'autres font débuter cette action par une influence nerveuse, et ne comprennent pas le rôle du médicament sans cet intermédiaire. Soit; pour nous, nous nous contentons de constater et d'établir les faits, de les mettre en concordance entre eux, avec l'interprétation qu'on y attache, et enfin d'en déduire les conséquences pratiques.

C'est par là que je termine.

L'action thérapeutique de la digitale établie, il n'est pas encore sans difficulté de bien poser ses indications. Il ressort, en effet, de ce que nous venons de dire, que la digitale est une arme à deux tranchants. Depuis longtemps, on sait bien qu'en dehors même des faits d'intolérance gastrique, il y a des malades auxquels l'usage de la digitale fait plus de mal que de bien. Mais quelle est sa contre-indication ? Est-ce l'état de faiblesse du cœur ? Est-ce au contraire l'excitation inflammatoire ou autre ? Beaucoup admettent en fait qu'il ne faut pas de digitale dans les affections aiguës inflammatoires du cœur et en donneraient volontiers dans les mêmes affections des autres viscères. On n'a rien précisé à ce sujet.

Pour répondre à ces questions, il ne faut que prendre une à une les bases d'indication ci-dessus établies, et voir si l'action de la digitale y répond rationnellement et expérimentalement.

La question de siége importe peu, en apparence du moins, à l'administration de la digitale. Peut-être pensera-t-on que, puisqu'elle charge le système veineux général d'une certaine quantité de sérosité, on devra en ménager l'usage plus particulièrement dans les affections du cœur droit, mais ce n'est là qu'une vue de l'esprit.

Il y a pour la digitale, dans les indications d'ordre physique, un élément bien plus important, puisque c'est sur lui que son action va porter : c'est la tension vasculaire et l'œdème qui l'accompagne et en donne jusqu'à un certain point la mesure.

La véritable et la plus simple indication de la digitale, c'est la diminution de la tension vasculaire. On rencontre de ces malades chez lesquels l'impulsion cardiaque et la réaction vasculaire se font follement, comme agirait un ressort d'une élasticité hors de toute proportion avec la résistance qu'il doit vaincre. Comme preuve de ce que j'avance, je n'ai qu'à renvoyer à l'observation II de ce travail. Dans ces cas le pouls est saillant, mais sans tenue, il frappe avec une apparence de force qui a trompé la plupart des observateurs, ainsi que le remarque Marey; il est de plus inégal et irrégulier, comme dans l'asystolie; mais on conçoit combien ce dernier état est différent de celui qui m'occupe. Alors la digitale rétablit l'équilibre, elle relève le niveau de la tension vasculaire, elle donne au ressort un contre-poids; son rôle est simple, et son efficacité, héroïque.

S'il s'agissait de palpitations purement nerveuses, sans modification de la tension sanguine, la digitale ne trouverait plus son in-

dication; c'est pourquoi M. Bouillaud a proscrit dans ce cas, tout à la fois, l'usage des saignées et celui de la digitale.

Ces cas se rencontrent en dehors des maladies du cœur chez beaucoup d'anémiques. Malheureusement il est assez rare que cette indication se présente chez ceux qui souffrent d'une maladie de cœur. Peut-être aussi cette rareté prétendue tient-elle à l'erreur, facile à commettre, si l'on s'en rapporte à l'apparence de force que présente le pouls; peut-être que, mieux apprécié dorénavant, celui-ci révèlera plus fréquemment une semblable indication. C'est ce que je me propose de rechercher.

Bien que la possibilité d'une telle erreur ait pu fréquemment faire méconnaître une diminution de tension vasculaire, il est certain que c'est au contraire l'état de tension exagérée qu'offrent le plus souvent les sujets atteints de maladies de cœur.

Mais cet état lui-même ne contre-indique pas absolument la digitale; car nous l'avons vu, le médicament a en lui-même son correctif; et s'il débute en exagérant la tension, il provoque bientôt une diurèse, qui, comme une soupape de sûreté, rétablit l'équilibre.

C'est alors au clinicien à apprécier les autres éléments et à juger si la puissance de l'impulsion cardiaque autorise à accroître encore la tension contre laquelle elle lutte, pour rétablir ensuite l'équilibre. Si le cœur se contracte fortement, qu'il soit dans un certain degré d'hypertrophie, si surtout, il est bien établi qu'il ne s'agit pas d'une dilatation excessive, ni d'un ramollissement, ni d'une dégénérescence capable de déprimer notablement la puissance du cœur, dans ce cas, dis-je, on peut sans crainte administrer la digitale. Si au contraire quelqu'un de ces éléments de sécurité vient à manquer, ce sera avec la plus grande réserve qu'il en faudra tenter l'usage.

L'état d'œdème est la véritable indication de la digitale en ce qu'il révèle une disposition anormale des cellules à admettre dans leur intérieur les matériaux liquides du sang. Sans doute ces matériaux sortent du sang sous l'influence d'un excès de tension ; mais encore faut-il, pour qu'il y ait œdème, que la cellule consente de gré ou de force à s'endosmoser de ces produits.

Or, si la digitale est véritablement un altérant, elle ne saurait manquer de modifier cette propriété cellulaire de sécréter ou de ne pas sécréter l'œdème. Elle devra donc être administrée dans les cas où l'œdème se produit.

Au début des manifestations œdémateuses, il peut être difficile de préjuger l'utilité de la digitale. Souvent alors l'œdème garde un

certain degré d'autonomie dans le siége qu'il occupe, il se manifeste avec une certaine acuïté sur laquelle l'action de la digitale est peu connue.

A la période opposée, quand un œdème passif et purement mécanique distend outre mesure le tissu cellulaire et les parenchymes, l'efficacité de la digitale peut encore rester douteuse; tant il paraît difficile de rétablir dans ses conditions normales une fonction dont l'exercice a été forcé à un tel point.

Or, les cas que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique, sont intermédiaires à ces deux extrêmes et sont heureusement traités par la digitale. Elle tend alors à réduire de beaucoup l'œdème, qu'elle remplace par une diacrise dont la voie du moins est normale, par la diurèse.

Ainsi pensons-nous pouvoir formuler l'indication mécanique de la digitale dans les maladies du cœur.

L'indication physiologique serait bien facile à déterminer si l'expérience avait bien prouvé que la digitale est un stimulant, ou un sédatif, ou un tonique, ou un contro-stimulant; nous savons qu'il n'en est rien ; ou plutôt au milieu des résultats et des opinions contradictoires, il y a lieu de penser que la digitale est tout cela, selon les diverses conditions de dosage, de mode d'administration, etc., absolument comme font les autres altérants.

C'est en variant de différentes façons l'usage de ces moyens que l'on parviendra à répondre aux diverses indications physiologiques tirées du mode morbide. On comprend tout d'abord que, si la digitale agit plus sur les tissus communs que sur le cœur en particulier, le mode morbide de cet organe importe bien moins à son administration.

Toutefois, dans les différents états d'excitation ou d'hyposthénie que peuvent présenter les divers modes morbides du cœur, y a-t-il quelque chose à dire sur l'utilité ou les dangers de la digitale?

Oui, certainement. En cas d'hypersthénie cardiaque la digitale ne peut qu'être utile, parce qu'elle augmente, du moins momentanément, la résistance que la circulation oppose à cet excès de force, pour empêcher ensuite la vitalité de chaque cellule de se laisser vaincre par cette tension.

Par suite, prise à dose altérante, comme on la donne généralement en ce cas (15 à 20 gouttes), elle rendra les plus grands services dans une maladie du cœur déjà confirmée, mais peu avancée. Elle agira aussi efficacement sur les maladies du cœur des enfants; mais elle sera bannie de la thérapeutique des maladies du cœur des

vieillards, et de celles qui sont déjà arrivées à une période d'asystolie complète et continue.

On comprend facilement la raison de cette prescription. Elle sera bannie de même du traitement des dilatations excessives du cœur, des dégénérescences diverses, et autres conditions persistantes d'une manifeste hyposthénie.

Je n'ai pu encore vérifier par l'expérience toutes ces assertions. Je me propose de le faire; mais j'ai voulu dès maintenant exposer le résultat de mes premières recherches, dans l'espoir qu'elles ne seront pas sans utilité pour la pratique et pour la science.

Peut-être me reprochera-t-on de croire trop complaisamment aux indications thérapeutiques et aux moyens de les remplir. Je ne sais.

Non, ce n'est pas nous qui professerons jamais le respect de ces thérapeutistes aveugles que l'empirisme même ne saurait excuser; mais ce n'est pas nous non plus, qui écrirons sur les portes du temple ce que le Dante a lu sur les portes de l'enfer; mieux vaut essayer d'y graver cette sublime parole du grand Ambroise Paré : « Je le pansay et Dieu le guarit. »

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la carie vertébrale chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

La carie vertébrale est une affection que l'on pourrait dire propre à l'enfance, malgré les quelques exemples que l'on rencontre chez l'adulte; c'est une des maladies qu'on observe le plus souvent à l'hôpital des enfants à tous les âges.

Elle est caractérisée par une ostéite d'une ou plusieurs vertèbres. Elle nous présente anatomiquement trois périodes : le *début*, l'*accroissement*, la *terminaison*.

Première période. — Début. — Il y a d'abord une ostéite avec un gonflement osseux, quelquefois peu sensible; plus tard, sur le trajet d'une ou deux vertèbres, une gibbosité plus ou moins marquée, c'est-à-dire une saillie, formée par une apophyse épineuse d'une vertèbre ou deux; cette saillie, qui apparaît sous forme anguleuse, est toujours accompagnée et produite par une altération du tissu osseux du corps de la vertèbre; à l'examen cadavérique, on trouve

ce tissu, plus ou moins rouge, infiltré de sang et de pus, les cellules osseuses sont distendues; on a constaté parfois, mais assez rarement, la présence de tubercules plus ou moins consistants; dans tous les cas, le corps de la vertèbre ou des vertèbres malades est toujours moins résistant que dans l'état normal.

La gibbosité, dans le principe quelquefois très-peu marquée, offre un angle plus ou moins saillant, suivant le plus ou moins de vertèbres malades et leur manque de résistance. Les régions cervicale, dorsale et lombaire de la colonne vertébrale sont atteintes de cette maladie; on l'observe peut-être plus souvent à la partie inférieure de la région dorsale.

Deuxième période. — La gibbosité peut être plus ou moins saillante, en raison de l'état plus ou moins avancé de ramollissement du corps des vertèbres qui présentent des déformations variées. Dans le cas où la carie occupe la partie antérieure du corps, l'affaissement du corps a lieu en avant; dans ce cas, la gibbosité est plus saillante, si le ramollissement a lieu dans toute l'épaisseur; il y a en plus tassement des vertèbres dans le sens de l'épaisseur des os, et alors la colonne vertébrale est diminuée de hauteur, quelquefois la lésion est plus marquée sur les côtes. Dans ce cas, le tronc est incliné latéralement soit à droite, soit à gauche.

C'est aussi à cette seconde période que nous avons constaté des collections purulentes qui ne se rencontrent qu'à l'autopsie, parce qu'elles sont assez peu considérables pour être reconnues pendant la vie. On voit le pus s'étendre en forme de nappe sous le ligament vertébral antérieur, soit à la région pharyngienne, soit à la région dorsale ou lombaire. On reconnaît que les organes, placés en avant de ces collections, peu comprimés quand elles sont peu considérables, le sont bien plus à mesure qu'elles se développent et viennent tout à fait gêner et même arrêter les fonctions du pharynx, de l'œsophage, des bronches, des poumons, de l'estomac, des intestins, suivant le point où on les rencontre.

Ces collections sont quelquefois tellement développées, que nous les trouvons épanchées dans la poitrine, dans le ventre, le petit bassin, et dans ces cas, la mort est souvent arrivée subitement; d'autres fois, elles ont fusé dans la fosse iliaque, elles sortent du bassin par l'anneau inguinal, par l'échancrure sciatique et contournent l'articulation de la cuisse; elles se rencontrent dans la gaîne des muscles psoas et iliaque.

On a vu ces collections purulentes perforer l'intestin, le rectum, par exemple, et on explique par cette lésion certains soulagements

éprouvés, ou certaines guérisons survenues par l'expulsion du pus par l'anus.

Nous avons vu assez souvent, comme beaucoup d'autres, des collections purulentes qui se portaient en arrière de la colonne vertébrale, et dans ces cas, les conséquences sont bien moins fâcheuses. Ces collections purulentes peuvent être expulsées par les efforts de la nature ou par la main du chirurgien. Quelquefois, le pus se résorbe plus ou moins lentement, ou s'écoule par des ouvertures faites spontanément ou par l'art et, si le sujet a résisté à tout ce travail qui peut durer des années, c'est alors qu'arrive la troisième période.

Troisième période. — Ou bien cette période est une période d'aggravation qui amène la mort, ou bien c'est une période de guérison.

Dans le cas d'aggravation, les vertèbres se détruisent de plus en plus, des portions d'os nagent au milieu de foyers purulents plus ou moins considérables, et le pus se répand plus ou moins loin. On rencontre quelquefois la résorption purulente compliquée de méningite tuberculeuse ou de phthisie pulmonaire, affections qui mettent fin à la vie de ces malheureux malades.

Dans le cas où la maladie tend à guérir, les foyers des abcès diminuent d'étendue et finissent par disparaître soit sans s'être ouverts, soit s'étant vidés au dehors; les fistules se tarissent graduellement et se ferment. On trouve les vertèbres qui étaient malades, tassées, consolidées, plusieurs adhèrent entre elles, il se fait une ankylose; on voit des portions de vertèbres restées saines être entourées de véritables stalactites osseuses qui servent de soutien aux parties détruites, et enfin, la colonne vertébrale plus ou moins difforme reprend, par ce travail merveilleux de la nature, assez de solidité pour soutenir parfaitement le tronc, mais toujours avec courbure et souvent en comprimant la moelle.

Causes. — On reconnaît avec raison à cette affreuse maladie des causes prédisposantes et des causes déterminantes; les premières sont la constitution lymphatique, le vice scrofuleux, affection propre à l'enfance; parmi les secondes, on voit les chutes, les coups sur la colonne vertébrale; on indique aussi la masturbation, qui peut être tout à la fois cause et effet, car il peut se faire que ces malheureux enfants, qui sont pour la plupart forcés de garder le lit, soient portés à la masturbation uniquement par cette cause, et que ce vice les débilite et aggrave la maladie vertébrale.

Reconnaissons qu'il faut, pour déterminer cette affection, une

prédisposition spéciale, c'est la cause véritable; la cause traumatique détermine quelquefois, mais rarement, la carie vertébrale; c'est du moins ce qui résulte du grand nombre d'observations que nous avons eu l'occasion d'étudier.

Nous trouvons dans les symptômes de cette maladie trois périodes, comme nous en avons trouvé trois dans les lésions anatomiques.

Première période. — Douleur dans un point fixe sur le rachis, voussure plus ou moins marquée sur le trajet d'une ou plusieurs vertèbres; une saillie qu'on appelle gibbosité se manifeste, la pression dans ce point augmente la douleur, embarras dans la marche; quelquefois, le tronc se courbe en avant ou en arrière, lassitude, fourmillement dans les jambes, besoin de s'asseoir; lorsque la maladie a son siége à la région cervicale, nécessité de soutenir la tête en appuyant le menton sur la main ou sur un dos de fauteuil, ou sur un soutien quelconque.

Dans la carie dorsale ou lombaire, les membres deviennent faibles ou paralysés, les malades sont bientôt portés à ne pas se remuer et même à rester volontiers étendus sur le dos. Ils se plaignent s'ils sont heurtés ou secoués involontairement.

Deuxième période. — Tous les symptômes augmentent d'intensité, la sensibilité est plus grande sur la gibbosité qui devient plus saillante par suite du ramollissement. Les abcès par congestion se développent et viennent faire saillie dans les régions pharyngienne, inguinale, fessière ou fémorale, ou dans une région quelconque de la partie postérieure du tronc. C'est ainsi que nous avons observé un malade qui présentait à la région lombaire une énorme collection de pus que l'on pouvait réduire dans l'abdomen comme une hernie, par l'interstice musculaire situé au-dessus de la crête iliaque, limité par les bords des muscles grand oblique de l'abdomen et grand dorsal.

Les gaînes des nerfs émanants de la moelle épinière servent de conducteurs au pus, que l'on voit fuser aussi dans les gaînes aponévrotiques des divers muscles du tronc.

Les diverses fonctions peuvent se trouver gênées ou abolies. Les abcès de la région cervicale nuisent à la parole et à la déglutition; des paraplégies et des paralysies du mouvement et du sentiment ou de l'un et de l'autre se produisent par suite de la compression de la moelle ou des cordons nerveux qui en émanent. L'abolition simultanée de ces deux fonctions s'observe surtout lorsque le pus s'est fait jour dans le canal rachidien.

Troisième période. — C'est alors que peut avoir lieu l'ouverture

des abcès internes dans les cavités du thorax et de l'abdomen, accidents terribles dans les deux cas. S'ils s'ouvrent dans le thorax, mort rapide par asphyxie déterminée par la compression des organes de la poitrine. Lorsque les abcès fusent dans le bassin, ils viennent quelquefois faire saillie dans l'aine et peuvent s'ouvrir spontanément en filant sous le péritoine.

C'est également dans cette troisième période que surviennent la fièvre hectique, la diarrhée, le marasme, et enfin la mort.

Mais à ce point de la maladie, la carie n'attaque pas seulement les vertèbres, mais encore les diverses pièces du squelette, et toutes les parties de l'économie semblent céder à l'effort destructeur d'une diathèse qu'on pourrait appeler diathèse ulcéreuse.

Cependant la terminaison du mal n'est pas toujours funeste. On est quelquefois assez heureux pour voir la carie s'arrêter, qu'elle ait été enrayée par une hygiène bien entendue ou par une médication rationnelle, ou même abandonnée aux efforts de la nature. Des trajets fistuleux s'établissent à la suite des ouvertures spontanées ou faites par la main du chirurgien; il arrive qu'elles finissent par se tarir, s'obstruer, et la guérison a lieu, mais toujours avec plus ou moins de difformité et beaucoup de lenteur; il y a de la gêne, de la roideur dans les mouvements et une gibbosité plus ou moins notable, qui prend de la solidité avec le temps.

Envisagée au point de vue de sa durée, la carie vertébrale est une affection pour laquelle environ dix-huit malades sur vingt gardent le lit pendant des années entières. Quelquefois on est plus heureux, lorsque la maladie est traitée avec intelligence dès le début ou qu'elle est peu intense.

On voit alors disparaître les manifestations diathésiques en quelques mois; mais cela est rare, et le plus souvent, la guérison se fait attendre. Dans tous les cas, il faut, pour l'obtenir, insister avec persévérance sur les moyens de traitement mis en usage.

Lorsque la terminaison doit être funeste, on voit survenir la fièvre, la diarrhée, l'infiltration des membres, les épanchements séreux, en un mot, les signes d'une cachexie complète, et les malades succombent dans l'épuisement et le marasme.

Diagnostic. — Il est important de ne pas confondre la carie vertébrale avec d'autres affections qui pourraient avoir quelques-uns de ses caractères.

Au début de la maladie, on remarque un embarras dans la marche, de la roideur et même de la douleur dans les mouvements qui se rencontrent également dans le lombago. Mais dans cette der-

nière affection, la douleur est vive, aiguë, il y a souvent de la fièvre, mais de courte durée, ce qui est rare dans la carie vertébrale, qui présente peu de fièvre d'abord.

De plus, s'il existe quelque saillie en un point du rachis, douloureux à la pression, la question est élucidée.

On ne confondra pas la carie vertébrale avec le rachitisme, dont les courbures osseuses se font lentement, sans produire d'angles aigus et sans grande douleur.

Ici en effet, pas de tassement, d'écrasement du corps des vertèbres, mais bien ramollissement de tout le rachis, il y a incurvation et non raccourcissement de la colonne vertébrale.

Le plus souvent la saillie que l'on rencontre chez les rachitiques, est arrondie; mais il ne faudrait cependant pas s'en rapporter absolument à ce caractère, qui n'est pas constant, et qui peut également se rencontrer dans la carie vertébrale; nous en avons observé plusieurs exemples.

Le diagnostic du rachitisme s'établit surtout par une vue d'ensemble du tempérament et de la constitution du malade; son thorax en carène, son ventre ballonné, les nodosités de ses poignets et de ses chevilles, la forme de sa tête et la courbure pathognomonique de ses os seront des signes plus que suffisants pour éviter toute erreur.

Le rachitisme exclut ordinairement la scrofule, qui est la cause la plus fréquente du mal de Pott; cependant il se peut que ces deux maladies se compliquent l'une de l'autre.

Encore un signe différentiel : dans la carie, il y a augmentation du volume des os, et douleur plus ou moins vive à la pression, ce qui ne se trouve pas dans le rachitisme.

Si à tous les accidents de la carie viennent se joindre les abcès par congestion, le doute alors n'est plus permis.

Certaines affections du bassin, telles que les arthrites sacro-iliaques, peuvent en imposer pour une carie. Mais un examen attentif empêchera toute erreur, soit qu'on exerce une pression sur la partie douloureuse, soit qu'on fasse remuer le bassin sur l'articulation sacro-iliaque.

La douleur serait ici plus latérale, moins médiane que dans la carie vertébrale.

Complication. — Cette maladie peut se compliquer de tous les accidents de la scrofule, de tubercules pulmonaires et cérébraux, et de presque toutes les maladies aiguës.

Les abcès par congestion, en fusant au loin, produisent des décollements considérables.

Les abcès peuvent s'ouvrir spontanément, quelquefois les malades guérissent ; nous avons observé des guérisons, même dans des cas rebelles.

Une autre complication terrible, c'est l'infection purulente qui survient après l'ouverture des abcès ; qu'elle soit spontanée ou artificielle, ces deux cas sont mortels.

Pronostic. — Tout dans cette maladie conspire contre le malheureux malade et le praticien ; la structure de la vertèbre favorise singulièrement la naissance et le progrès de la carie, et sa situation profonde fait que le mal est tardivement accusé ; enfin, il n'y a pas possibilité de l'attaquer directement. Le pronostic est donc toujours grave.

Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic sera plus favorable si la maladie est accidentelle et traumatique, et si le traitement est appliqué au début.

Dans tous les cas, il restera une difformité plus ou moins grand, qui arrivera avec beaucoup de lenteur dans la plupart des cas de guérison.

On aura souvent des gibbosités considérables qui ne cèdent à aucun moyen ; il ne s'agit plus ici que d'une soudure osseuse que la nature médicatrice a établie et qu'il faut respecter. Lorsque des fistules s'établissent, il faut ordinairement beaucoup de temps pour les tarir.

Traitement. — Le traitement du mal de Pott présente trois indications principales : 1° modifier la disposition générale de l'économie en vertu de laquelle se développe la carie ; 2° combattre le travail phlegmasique des os et des parties voisines ; 3° prévenir les désordres qui pourraient résulter des mouvements qui se passent au niveau de la partie affectée de l'épine. Vient ensuite la thérapeutique des abcès.

Pour satisfaire à la première indication, on aura principalement recours à un régime fortifiant. On placera le malade dans les conditions hygiéniques les plus favorables. Les préparations pharmaceutiques amères, la gentiane, le houblon, le noyer, les ferrugineux, certains médicaments dont les propriétés antiscrofuleuses sont généralement reconnues, tels que l'iode, l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, les préparations de phosphate de fer, seront administrés sous différentes formes. Comme on le voit, le traitement interne sera le traitement antiscrofuleux.

Dans le but de combattre l'inflammation, surtout si la carie vertébrale survient à la suite de violence extérieure, on emploiera les

ventouses scarifiées ou les sangsues, mais avec beaucoup de prudence, car généralement les sujets chez lesquels la maladie se déclare, même sous l'influence d'une cause externe, sont d'un tempérament lymphatique ou scrofuleux.

Nous préférons aux émissions sanguines les frictions mercurielles du docteur Serres, d'Uzès, les frictions irritantes, les vésicatoires volants, les moxas, et principalement le cautère actuel ou potentiel, sous forme de pointes.

Voici ce que la pratique nous a appris à ce sujet :

Les cautères actuels se cicatrisent beaucoup plus promptement que les cautères produits par les caustiques ; or, comme l'indication à remplir, selon nous, est d'exercer le plus fréquemment possible une révulsion à la peau, les cautères par le feu devront être préférés.

Mais comme on éprouve moins de répugnance, de la part des malades ou de leurs parents, dans l'application des caustiques que dans celui du fer rouge, nous employons souvent la pâte de Vienne, et nous hâtons la chute des escarres par des pansements avec l'onguent de la mère ou l'onguent digestif. Nous nous gardons bien de mettre des pois, comme certains médecins le conseillent, dans la plaie qui en résulte ; de sorte que nous avons une prompte cicatrisation et seulement des cautères volants, que nous pouvons renouveler un très-grand nombre de fois.

Nous devons ajouter que ces applications de caustiques n'ont jamais produit d'accidents entre nos mains, jamais d'érysipèles.

Nous dirons aussi que la maladie marche souvent malgré ces moyens ; notre collègue M. Bouvier les rejette dans tous les cas, et se contente de ventouses sèches, d'applications de teinture d'iode ; mais nous trouvons ces moyens bien faibles pour une maladie aussi grave.

Nous ne supprimons les cautères que lorsque les paralysies ont cessé ou diminué, et que la pression, exercée assez fortement au niveau des apophyses épineuses saillantes, ne développe plus aucune douleur. On peut encore, par prudence, ne les supprimer que successivement. Nous sommes donc encore dans les idées de Pott, puisque nous ne rejetons pas dans tous les cas les cautères. Cependant, dans beaucoup de cas peu intenses, nous nous en abstenons.

Voyons maintenant ce qu'il y a de mieux à faire pour remplir la troisième indication.

On doit, autant que possible, empêcher les mouvements dans la

partie malade ; il faut soutenir la colonne vertébrale et non la redresser. D'après ce que nous avons dit de la formation de la gibbosité, il est évident qu'il ne faut agir sur elle qu'avec beaucoup de modération.

Autre chose est de chercher à produire un redressement, ou de soutenir l'épine par un appareil qui n'a d'autre effet que d'immobiliser les deux segments de la colonne. Ces segments, par suite de la destruction des liens qui les unissaient, ont de la tendance à exercer l'un sur l'autre des frottements dangereux : ceux-ci, en effet, provoquent de la douleur et entretiennent dans les parties profondes un état inflammatoire, dont le moindre inconvénient serait de mettre obstacle à la consolidation. De plus, ils peuvent comprimer la moelle, qui est déjà souvent comprimée par la suppuration qui peut fuser dans le canal vertébral.

Examinons donc ici la valeur des moyens mécaniques employés, et qui peuvent se réduire à trois : les lits mécaniques, les corsets et les béquilles.

Nous commençons par rejeter l'emploi de tout lit mécanique. En effet, il ne s'agit pas de redresser, mais de maintenir. Si donc on fait coucher le malade, que ce soit sur un lit ordinaire, en ayant soin toutefois que les matelas, faits avec du crin, de la fougère ou du varech, présentent une certaine résistance. Un lit mou serait mauvais et nuisible.

On verra, d'après la région malade, quelles sont les parties que l'on doit maintenir dans la rectitude. Si elle existe à la région cervicale, il faut que la tête soit soutenue soit sur un oreiller de crin, soit, et mieux encore, à l'aide de colliers mécaniques qui portent sur les épaules et soutiennent la tête en montant sur les parties latérales de la base du crâne et sur la mâchoire inférieure. Ce moyen est employé si on veut faire lever le malade.

La carie existe-t-elle à la région dorsale, faites que le malade se couche sur le dos ou sur le ventre, mais qu'il ne se courbe pas, car bientôt le redressement présenterait de grands inconvénients ou serait impossible ; la guérison pourrait s'effectuer, peut-être même serait-elle plus prompte, mais il resterait une difformité des plus fâcheuses.

Le rachitisme peut quelquefois être redressé par les lits mécaniques, que nous proscrivons en général dans la carie.

Les corsets mécaniques réussissent à une certaine période de l'affection. Ils ont pour avantage certain de soutenir, à l'aide de montants qui passent sous chacune des aisselles, la partie supé-

rieure du corps non malade, laquelle pèserait sans cela sur l'inférieure en l'écrasant et augmenterait les désordres déjà produits par la carie. Ils peuvent arrêter la gibbosité dans sa formation. Ils sont utiles au début.

Ces corsets, pour être bien faits, doivent emboîter parfaitement les hanches par une ceinture résistante, de chaque côté de laquelle partent deux tuteurs mobiles à l'aide de vis, de manière à suivre la croissance du sujet dans ses évolutions successives. Ces deux tuteurs font l'effet de béquilles en soutenant les épaules. Le corset a des avantages réels comme organe de protection et comme support; on doit toujours le porter longtemps et même après la guérison, qui souvent n'est qu'apparente et qui serait suivie de récidive si on négligeait de soutenir la colonne vertébrale.

Bonnet, de Lyon, avait fait construire deux appareils qui remplissent bien les indications voulues; l'un de ces appareils est destiné aux malades qui gardent le lit, et l'autre à ceux qui se lèvent et marchent.

Le premier consiste en une sorte de plastron en fil métallique, modelé sur la gibbosité et rembourré à sa face concave pour prévenir tout contact douloureux; le second est composé de deux ressorts réunis au-devant du bassin et terminés par des béquilles qui vont appuyer sur les parties externes et supérieures de la poitrine; une ceinture placée au-dessus du bassin sert à soutenir la partie inférieure de ces béquilles.

Cet appareil est surtout utile lorsque les malades commencent à se lever.

Après ce qui vient d'être dit, on conçoit facilement l'utilité des béquilles.

S'il y a paralysie complète ou incomplète, le poids du bassin et des membres inférieurs exercera une traction salutaire, lorsque les épaules seront soutenues par la partie supérieure des béquilles. Un avantage immense pour le malade, au point de vue de l'hygiène, ce sera de pouvoir marcher à l'aide de ces appareils, aussitôt que la guérison sera en bonne voie.

Mais surtout ne perdons jamais de vue qu'aucun moyen mécanique ne peut avoir des résultats complétement satisfaisants en dehors du traitement interne aidé du bon air, et de la bonne alimentation; aussi joignons-nous à ces moyens mécaniques la prescription de coucher les malades dans une petite voiture douce et de les promener dans un jardin et sur un sol uni qui ne cause aucune secousse aux enfants.

Quant aux abcès par congestion dépendant de la carie vertébrale,

ils méritent une mention particulière, à cause des régions qu'ils occupent et de la difficulté que l'on a souvent à les atteindre. Quelquefois même, ils sont inaccessibles aux instruments tranchants, et ils ne peuvent être soumis qu'au traitement général; tels sont les abcès de la région dorsale antérieure.

Les collections de pus des régions cervicale et lombaire sont plus facilement atteintes.

Les abcès de la région cervicale, par la gêne qu'ils occasionnent aux fonctions de la déglutition et de la phonation, sont promptement reconnus, et on peut percevoir la fluctuation avec le doigt porté dans l'arrière-gorge. Dans ce cas, on pourra évacuer le pus avec le bistouri ou avec le pharyngotôme, instrument dont nous n'avons eu qu'à nous louer.

On pourrait objecter à cette manière de faire que l'air entrant dans le foyer purulent, y déterminerait la putréfaction du pus, et parfois la résorption purulente.

Mais il ne nous est pas arrivé d'accidents par l'évacuation du pus, qui est chassé par la contraction énergique et simultanée des muscles de la région pharyngienne.

A la région lombaire et fessière, le pus fait saillie au-dessus de la crête iliaque, ou bien, il fuse par les échancrures sciatiques jusque dans les régions profondes ou superficielles de la cuisse, ou dans la gaîne des muscles psoas et iliaque.

Dans tous les cas, le pus reste souvent stationnaire, et alors si les abcès ne déterminent que peu de gêne, il faut les respecter et insister surtout sur le traitement général et le repos. Mais lorsqu'ils auront acquis un grand volume, qu'ils deviendront rouges et douloureux, il faudra se décider à les ouvrir; ce ne sera qu'à l'aide de ponctions sous-cutanées successives à l'aide du trocart plat et de la seringue de M. Guérin. On appliquera ensuite un morceau de sparadrap de diachylon sur la piqûre, et on exercera une compression méthodique sur la poche avec des bandes et des compresses.

Malgré ces précautions, le pus se reforme assez rapidement, et au bout de quelques jours ou de quelques semaines, on en est réduit à recommencer l'opération, en ayant soin, pendant tout ce temps, de continuer le traitement général.

Lorsque le pus se forme de nouveau, nous nous sommes bien trouvé de faire, à l'exemple du docteur Boinet, des injections de teinture d'iode étendues d'eau au tiers ou à la moitié; nous renouvelons les injections plusieurs fois, à huit jours d'intervalle, en ne laissant que quelques minutes le liquide.

Des trajets fistuleux s'établissent parfois à la place des ouvertures, et le pus s'en écoule peu à peu d'une manière continue ou intermittente. C'est ainsi que procède souvent la nature pour arriver à la guérison. Lorsque ces fistules ne cessent pas, on peut, avec succès encore, injecter de la teinture d'iode étendue d'eau.

Flaubert, de Rouen, et, après lui, Lisfranc ont conseillé de faire sur l'abcès des incisions de plusieurs centimètres d'étendue, ne redoutant nullement le contact de l'air dont l'introduction, d'après ces praticiens, facilite l'adhérence des parois, en déterminant une légère inflammation.

Nous avons essayé ce moyen, qui ne nous a pas réussi. Nous avons eu à déplorer la mort d'un malade qui a succombé à l'infection purulente, à la suite d'une inflammation trop vive de la poche de l'abcès.

Il existe enfin une autre méthode pour l'ouverture des abcès, nous voulons parler des caustiques. Mais à la chute de l'escarre, l'air peut encore pénétrer dans la poche et déterminer des accidents. Nous avons donc cru devoir rejeter ce moyen et lui préférer le trocart, en faisant même plusieurs ponctions successives et en venir, s'il le faut, aux injections iodées.

Il est certain qu'à l'aide de tous les moyens locaux que nous venons d'indiquer, nous avons vu guérir des malades, mais que souvent aussi nous avons vu la maladie marcher et le malade succomber.

Ajoutons aussi que, sous l'influence des moyens généraux seuls, on a vu des malades guérir ; aussi, il ne faut pas négliger de continuer très-longtemps les iodures, les ferrugineux, le quinquina et tous les amers ; et même à la fin de la maladie, lorsqu'elle marche vers la guérison, il est souvent utile de prescrire les bains de mer et les bains sulfureux, même plusieurs années de suite, aux époques convenables. Dans tous les cas, ces guérisons sont survenues avec beaucoup de temps, et presque toujours aussi avec des difformités plus ou moins notables.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Une cause d'erreur dans la préparation de la teinture d'opium et des laudanums.

Une monographie qui comprendrait tout ce qui a été écrit sur l'opium, suffirait à composer un livre aussi volumineux qu'intéressant.

En effet, il n'y a pas dans la matière médicale préconisée par Hippocrate et Galien une substance qui ait joui jusqu'à nos jours d'une célébrité autant méritée que l'opium ; c'est à ce point que beaucoup de nos thérapeutistes sont encore de l'avis de Sydenham, qu'ils *renonceraient à la médecine pratique, si on leur interdisait l'usage de ce médicament.*

L'opium est depuis les temps les plus reculés la cause d'un immense mouvement de capitaux. L'Inde, l'Asie Mineure, la Perse, actuellement l'Afrique, en font un grand commerce. Dans l'Inde, ce sont les Anglais qui l'exploitent; on ignorait les moyens qu'ils emploient pour se le procurer. Nous savons actuellement qu'ils ont des courtiers qu'ils chargent de parcourir les campagnes où l'on cultive le *papaver somnifera,* et d'y acheter tout l'opium que les planteurs obtiennent; chez les uns, ils en trouvent deux cents grammes; chez d'autres, un, deux, trois kilogrammes, quelquefois beaucoup plus. Cet extrait est très-pur, il est rare qu'on le falsifie; il n'en est pas de même lorsqu'il sort des mains des trafiquants.

Avant qu'on ait trouvé un procédé pour analyser l'opium, la falsification de cette substance se faisait sans règles ni proportions, on agissait par routine; de là les différences qu'on trouvait dans son aspect, sa consistance, sa cassure, sa couleur, son odeur, sa saveur, sa solubilité, son rendement et son action thérapeutique; de là aussi les préférences qu'on accordait à celui qui nous était envoyé d'une contrée plutôt que de telle autre. Actuellement, les fraudeurs titrent leur opium à volonté; lorsqu'ils l'achètent, il contient 12 pour 100 de morphine; ils lui ajoutent des matières inertes en suffisante quantité pour qu'ils n'aient plus que 9, 8 ou 7 pour 100 d'opium brut.

Les Chinois, qui sont très-peu chimistes, ont un tact inconcevable pour reconnaître la qualité de l'opium. Quel est le sens qui les guide? nous l'ignorons.

L'addition de matières étrangères dans l'opium n'est pas le seul inconvénient que l'on signale dans cette substance ; l'eau qu'on lui ajoute constitue une perte notable pour les sous-trafiquants et une cause d'erreur pour ceux qui l'emploient ; et si on n'a pas, comme l'a conseillé M. Guibourt, l'attention de le dessécher complétement, on ne compose jamais des préparations identiques dans leurs propriétés médicales ; il en est cependant ainsi : certaines pharmacopées très en vogue, dans les officines, ont oublié cette sage recommandation. Les divers essais que nous avons faits sur l'opium du commerce nous ont permis d'y constater par la dessiccation

une perte de 4, 6, 15 et 20 pour 100. Ainsi, le laudanum de Sydenham prescrit les doses suivantes : opium, 60 grammes; vin de Malaga, 500 grammes. Si on emploie cet extrait tel qu'on le trouve dans ce moment chez les droguistes, il y aura 12 grammes de moins de principes actifs; ils seront représentés par de l'eau. Si, au contraire, on le dessèche avant de le peser, on aura la certitude d'avoir un produit identique dans sa consistance, dans sa fluidité; ce laudanum sera parfait dans ses propriétés médicales, si l'opium a été titré.

Il est probable que dans le nouveau Codex, on fixera le titre de l'opium, c'est-à-dire la quantité de morphine qu'il devra contenir pour être employé à composer certaines préparations officinales. Ce vœu, nous le formons.

Falsification du poivre de cubèbe.

Un docteur en médecine de province nous fait parvenir du poivre de cubèbe dont un de ses malades avait usé d'énormes doses, sans en éprouver aucun effet.

Ce cubèbe avait été fourni par un épicier, qui lui-même l'avait fait venir de chez un herboriste de Paris. Il nous a été facile de reconnaître qu'il avait été falsifié avec cette poudre de chicorée qu'on ajoute souvent au café brûlé et réduit en poudre. Nous signalons ce fait, il éveillera l'attention de ceux qui sont chargés de veiller à l'hygiène publique. STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Ablation d'un énorme lipôme de l'aine. Bons effets des pansements à l'alcool camphré.

Le fait que je viens soumettre à l'attention des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* me paraît offrir de l'intérêt à un double point de vue de chirurgie pratique : 1° comme confirmant les propriétés *anesthésiques* de la compression circulaire; 2° comme présentant un succès de plus à enregistrer, en faveur de la puissance *antiseptique* et *désinfectante* de l'alcool camphré dans le pansement des plaies chirurgicales, mode de traitement adopté dans le service du professeur Nélaton, et qui a fourni récemment à un de ses in-

ternes les plus distingués le sujet d'un travail des plus intéressants [1]. Voici l'observation :

M. Étienne Julien, limonadier à Aps, canton de Viviers (Ardèche), âgé de cinquante-quatre ans et doué d'une robuste constitution, consulte le docteur Maurin, de Viviers, au sujet d'une énorme tumeur appendue au pli de l'aine droite par un large pédicule et descendant bien au delà du milieu de la cuisse. Mon honorable confrère et ami, après avoir interrogé son client sur l'origine et le développement progressif de cette tumeur et avoir apprécié à la palpation son degré de consistance, diagnostique un lipôme de nature graisseuse, et en propose l'ablation comme le moyen le plus sûr et le plus prompt de guérison. M. Julien se décide, mais à la condition d'être rendu insensible par le chloroforme pendant toute la durée de l'opération.

Le jour fixé, n'ayant pas trouvé le malade à jeun, nous dûmes renoncer à l'emploi des anesthésiques. Au premier aspect de la conformation de cette tumeur pédiculée, et de sa grande vascularité traduite à sa surface par la saillie de plusieurs cordons veineux, l'idée d'une compression circulaire sur le pédicule nous vint à l'esprit dans le but d'engourdir la sensibilité des tissus et surtout de prévenir une perte considérable de sang.

En conséquence, nous plaçons le pédicule entre deux tiges de bois garnies de linge fin, dont les extrémités, saillant de 2 centimètres, sont entaillées pour empêcher le glissement des liens constricteurs. Une fois le pédicule fortement étreint entre ces deux tiges de chêne, je taille au-devant de la tumeur un lambeau cutané de forme semi-lunaire, destiné à réparer la perte de substance et à me ménager le bénéfice d'une réunion *par première intention*. L'incision de la peau et l'ablation du lipôme s'opèrent presque sans douleur et sans hémorrhagie, comme nous l'avions prévu. La chute de la tumeur entraîne immédiatement celle des deux baguettes, et nous voilà en présence d'une vaste solution de continuité présentant 15 centimètres de longueur sur 4 de largeur. Ligature de trois artérioles et d'une veine volumineuse qui seules donnent du sang.

Conformément à la pratique de Delpech, nous attendons, pour l'affrontement des lèvres de la plaie, un commencement d'exsudation de lymphe plastique, afin de mieux favoriser la *réunion immédiate*. Avant de procéder à l'application des points de suture, nous jugeons utile de retrancher avec les ciseaux un ex-

[1] Voir les 6e, 7e et 8e livraisons du *Bulletin de Thérapeutique*, année 1864.

cédant de peau qui aurait pu nuire à la régularité de la cicatrisation. Il est important de faire observer ici que cette action, quoique très-rapide de l'instrument tranchant, fut la seule de toute la manœuvre opératoire qui arracha un cri de douleur à notre malade. Est-il nécessaire de noter que cette sensation excessivement douloureuse, produite en l'absence de la compression, parle assez éloquemment en faveur de la puissance anesthésique de celle-ci? Les bords de la plaie sont ensuite mis en contact par huit points de suture entortillée, non sans une certaine impression douloureuse. Trompé par l'énorme distension de l'enveloppe cutanée qui supportait un poids considérable (1), les lambeaux se trouvent à peine suffisants; de là, un tiraillement pour effectuer leur rapprochement. La plaie est pansée avec des plumasseaux de charpie imbibés d'alcool camphré; il en résulte tout d'abord une sensation désagréable de froid et puis cuisson légère, qui cesse au bout de quatre minutes.

Prescription : Diète absolue. Solution de vingt gouttes d'alcoolature d'arnica dans 300 grammes d'eau sucrée, à boire par cuillerées à bouche toutes les heures. Arroser, toutes les deux heures, l'appareil de pansement avec de l'alcool camphré, jusqu'à sensation de froid dans la plaie.

Le lendemain 29 octobre, nous visitons ensemble l'opéré à huit heures du matin. Bien-être général. Absence de fièvre, de douleur et de toute mauvaise odeur, malgré les maculatures des compresses et de la charpie par du sang qui a suinté de la plaie. M. Julien nous déclare qu'il aurait cédé pendant la nuit au besoin impérieux du sommeil, n'eût été un mal aux reins produit par l'immobilité du corps et le décubitus dorsal. La levée de l'appareil nous fait constater le bon état de la plaie, et nous comptons sur le succès de la réunion *par première intention*. Même prescription, à part quelques cuillerées de bouillon gras que l'on permet de boire dans la journée.

M. le docteur Maurin à dater de ce jour, s'étant chargé à lui seul de la continuation des soins consécutifs, m'a transmis une note que je reproduis fidèlement pour compléter cette observation.

30 octobre. Seconde levée de l'appareil. Malgré toute la ponc-

---

(1) Le poids de la tumeur était de 2,500 grammes; ses dimensions étaient de 56 centimètres de circonférence verticale et de 50 centimètres de circonférence transversale.

A la coupe, cette tumeur nous a paru exclusivement composée de tissu adipeux renfermé dans de nombreuses et vastes cellules.

tualité de la garde-malade à tenir arrosée toutes les deux heures la charpie avec de l'alcool camphré, je constate à regret un gonflement avec écartement des lèvres de la plaie et un commencement d'érysipèle phlycténoïde dans le lambeau supérieur. Du reste, le malade est sans fièvre et n'a pas eu de frisson dans la nuit. Continuation des lotions alcooliques camphrées : trois potages gras à la semoule.

31 octobre. L'érysipèle purement local n'a pas fait de progrès. Suintement de pus *inodore*. Les épingles sont enterrées dans les tissus engorgés. Point de fièvre, point de douleur. Appétence des aliments. Potages de fécule. Volaille rôtie. Eau vineuse. Continuer les irrigations d'alcool camphré.

2 novembre. Augmentation du gonflement et de l'écartement des lèvres de la plaie. Suppuration crémeuse plus abondante. Absence de toute mauvaise odeur. Enlèvement de deux épingles. Lavage de la plaie avec de l'eau tiède. Pansement simple avec le cérat. Suspension de l'emploi de l'alcool.

4 novembre. La charpie est salie par une sanie noirâtre et qui répand une odeur infecte. Enlèvement de deux épingles. Application de bandelettes agglutinatives pour rapprocher les bords de la plaie, et pansement avec le cérat.

5 novembre. Visite du docteur Cade, qui, à l'aspect de la teinte blafarde de la plaie et du pus ichoreux et infect qui s'échappe par la pression d'un petit clapier sous-jacent, redoute une complication de gangrène par étranglement, enlève les épingles qui restaient, fait laver la plaie avec du vin sucré et revient aux pansements avec l'alcool camphré délaissés pendant trois jours. La flexion du membre est augmentée pour rapprocher les bords de la solution de continuité.

7 novembre. Dégorgement sensible des lèvres de la plaie, qui ont repris leur couleur rosée. Suppuration de bon aloi et inodore. Écartement de 2 centimètres. Continuation de l'alcool camphré.

9 novembre. Huitième levée de l'appareil. Il n'existe plus qu'un centimètre de distance entre les bords de la plaie. Diminution considérable de la sécrétion purulente qui est blanchâtre, épaisse et sans odeur appréciable. Jugeant, à dater de ce jour, que la plaie est en bonne voie de cicatrisation et ne demande que des pansements fort simples, je confie désormais à la garde-malade le soin de les pratiquer elle-même deux fois par jour, et lui recommande de se borner à une seule irrigation alcoolique par jour. Depuis lors la guérison a marché rapidement.

De l'analyse de cette observation, il résulte les conséquences suivantes :

1° Que la compression circulaire, dans les cas d'opération de tumeur pédiculée, doit toujours être tentée comme anesthésique local ;

2° Que les propriétés *désinfectantes* et *antiseptiques* de l'alcool camphré sont confirmées par ce seul incident de notre observation ; que la transformation fétide et ichoreuse du pus, ainsi que la teinte pâle et blafarde de la plaie, indices de gangrène commençante, ont suivi de près la suspension des lotions alcooliques pour disparaître entièrement après la reprise de ce topique. Dr A. Cade,

Bourg Saint-Andéol.

BIBLIOGRAPHIE.

Monographie clinique de l'affection catarrhale, par M. Fuster, professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire, 2e édition.

Il est des hommes qui se croient incompris parce qu'ils ne comprennent pas les autres. Cette illusion d'optique intellectuelle, nous craignons qu'elle n'ait égaré quelquefois le savant professeur de clinique médicale de la Faculté de Montpellier, lorsqu'il a composé le livre dont nous allons sommairement parler dans cette notice bibliographique.

Personne, assurément, n'est plus disposé que nous à rendre justice au talent d'exposition très-remarquable de M. le professeur Fuster. Quand on lit avec quelque attention l'histoire pathologique que le médecin de Montpellier trace de l'affection catarrhale, soit que, dans un tableau complet, il nous montre cette affection sous les trois formes distinctes que, suivant lui, elle peut revêtir ; soit que, reproduisant les tableaux animés que nous en ont laissés les grands observateurs des deux derniers siècles, il les résume d'un trait rapide, en nous en montrant plus en relief les principales lignes, on ne peut s'empêcher de reconnaître que M. Fuster ne soit, lui aussi, un peintre très-habile, et que les phénomènes morbides, dans la mesure où il les regarde, revivent en quelque sorte sous le charme de sa plume, aussi élégante que correcte. Plusieurs des auteurs, dont le savant professeur de Montpellier se plaît à exhumer les idées, cultivaient, eux aussi, beaucoup la forme; et leur souci, semble-t-il, quand on les lit attentivement, est bien moins de pénétrer, autant qu'il est donné à l'œil humain de le faire, les phénomènes qu'ils étudient qu'à en

tracer un tableau animé. Ce n'est pas nous, assurément, qui jamais blâmerons cet art laborieux; si la science médicale, comme toutes les sciences, est fille du temps, les enseignements de la tradition ont d'autant plus de chances d'éclairer les esprits et de concourir ainsi au progrès réel, qu'ils traduisent mieux, plus correctement, le langage toujours un peu confus de la nature elle-même. Il y a, toutefois, dans ce travail difficile, un écueil à éviter, c'est que l'esprit, trop occupé de la forme, trop enclin à se laisser séduire par la musique des mots, ne manque la vérité et ne la traduise qu'incomplétement sous les tropes d'une rhétorique trop étudiée. Quand on lit les écrivains dont s'inspire M. le professeur Fuster, si on se place à ce point de vue, nous croyons qu'il est difficile de ne pas reconnaître que la plupart ne se sont pas suffisamment tenus en garde contre cette tendance; et M. Fuster, leur pur écho dans le livre dont il s'agit en ce moment, ne s'est point, croyons-nous, tenu assez ferme sur cette pente glissante. Il s'y montre un écrivain habile, un peintre dont la palette est chargée des plus vives couleurs. Mais s'il est vraiment le La Bruyère de cette nosographie, nous doutons que cette forme, si parfaite qu'elle soit, puisse redonner la vie à un ensemble d'idées qui se sont éclipsées devant la lumière de la science contemporaine. Ces idées, comme les hommes qui les ont exprimées, ne *reviennent* qu'en rêve.

Sans entrer dans des détails qui sembleraient à beaucoup un anachronisme véritable, ou quelque chose comme une sorte d'archaïsme pathologique, nous voudrions pourtant laisser au moins entrevoir la pensée fondamentale de l'ouvrage du très-distingué professeur de clinique médicale de Montpellier, qui reproduit bien, il est vrai, la doctrine des médecins épidémistes du dix-septième et du dix-huitième siècle, mais qui pourtant en diffère par quelques nuances et la corrige en une certaine mesure. Le passage suivant, que nous demandons la permission de citer, suffira à ce dessein : « La nature expérimentale, dit notre honorable confrère, la seule accessible d'une affection morbide, embrasse et résume toutes les données déduites de son observation. Ses symptômes la constituent aux mêmes titres que ses causes, sa marche, ses effets cadavériques, sa pathogénie et ses indications; ils en forment simultanément la base, les principes. L'instituer sur l'une ou quelques-unes de ces lésions élémentaires, à l'exclusion des autres, c'est la présenter sous un sens défectueux et faux. Déterminée d'après cette loi, l'affection catarrhale consiste dans un état pathologique ayant des causes, des symptômes, des lésions, une pathogénie et des indi-

cations qui font corps ensemble et sont revêtus des caractères spéciaux que nous connaissons. D'où vient ce cachet propre? Il ne peut être que l'empreinte morbide acceptée par l'économie. Quelle est cette empreinte? Nul ne le sait; c'est une question de nature intime, question insoluble et heureusement indifférente à la pratique.» Parler ainsi, dans l'état de la science, c'est évidemment nier le progrès. Comment! les lésions que l'anatomie nécroscopique constate dans le vaste ensemble pathologique, que l'auteur confond sous le nom commun d'affection catarrhale; les lumières que le microscope a jetées sur plusieurs de ces lésions, et qui ne sont que l'aurore d'un jour plus éclatant, que nous attendons avec une ferme confiance; les recherches hématologiques, qui nous montrent le sang avec une composition si différente dans les pyrexies proprement dites et les phlegmasies; comment! tous ces enseignements ne signifieraient pas plus que les purs symptômes, n'auraient pas plus de valeur qu'une pathogénie puérile, qu'on emprunte à l'époque mythologique de la science, ne contiendraient pas un élément nosologique plus sérieux que l'empreinte morbide, dont on parle, qu'on n'ose pas définir tant elle est primitive, mais qu'on croit véritablement avoir saisie! en vérité, il y a là une illusion qu'on est étonné de rencontrer dans un esprit aussi distingué que le médecin de Montpellier. Il y a ici un mot qui, placé comme un écran entre l'esprit et les choses qu'il observe, plonge celles-ci comme dans une nuit profonde; ce mot, c'est une hypothèse, un rêve, c'est la cause dite catarrhale.

Dans ces nombreuses épidémies que M. Fuster nous esquisse dans son livre, sous la rubrique commune d'affection catarrhale, qu'est-ce qui pourrait y voir une maladie identique? fièvre typhoïde, typhus, pneumonie, diphthérite, etc., tout cela est de la fièvre catarrhale avec des localisations diverses, avec des manifestations variées sans doute, mais se rattachant toutes à un fonds identique, c'est-à-dire à un mot. Il est évident qu'à force de vouloir lui faire signifier tant de choses, l'affection catarrhale ne signifie plus rien. A suivre cette voie, on pourrait facilement arriver à une conception plus compréhensive de la vie morbide; on la formulerait par ce mot connu de tous : la vie est une maladie dont on meurt.

Nous le répétons, en finissant et tout en rendant justice au talent remarquable de l'auteur, ce qui n'est un secret pour personne, ce livre est un véritable anachronisme. Est-ce parce que les grands instruments de progrès de la science contemporaine, la physiologie expérimentale, la chimie, le microscope, qui n'excluent assu-

rément pas les recherches autonomes de la médecine proprement dite, n'ont encore résolu qu'un petit nombre de questions, que M. Fuster s'est ainsi jeté violemment dans la tradition, pour y chercher exclusivement les bases de la science? Nous ne sommes que d'hier et nous avons l'infini devant nous ; sachons donc attendre, sachons faire crédit au temps. Si cette lenteur dans la marche de la science vous agace, vengez-vous-en en la sybolisant par une tortue, au lieu du serpent classique; mais pour Dieu! ne reculons pas jusqu'à ce point, que celui-ci devienne le *cancer astacus* sous notre plume rétrograde.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Atrésie considérable de l'orifice préputial a la suite d'une opération de phimosis. — Incision antéro-postérieure du prépuce ; guérison. — L'atrésie congénitale de l'orifice du prépuce n'est pas rare, elle est parfois si considérable, qu'une opération est nécessaire pour permettre la miction, sans quoi l'urine s'accumule dans la cavité du prépuce qui forme comme un second réservoir, et ce n'est que goutte à goutte qu'elle s'écoule au dehors ; mais ce qui est plus rare et presque singulier, c'est de voir l'atrésie survenir à la suite d'une opération de phimosis, opération pratiquée généralement pour la faire disparaître.

M. Tillaux vient d'observer dernièrement un cas de ce genre dans le service de M. Cullerier qu'il remplaçait, et les détails nous ont été fournis par l'interne de service, M. Réau.

Voici le fait :

Le nommé L***, âgé de vingt-deux ans, raconte que le 15 août dernier, à la suite d'un coït impur, il fut atteint d'une affection vénérienne dont l'existence se révéla par des douleurs dans le canal, une sécrétion abondante de pus, et de petites ulcérations sous-préputiales difficiles à voir. Il resta dans cet état sans faire de traitement jusqu'au 10 octobre, époque à laquelle il entra à l'hôpital de Vernon (Eure). Le chirurgien pratiqua l'excision et la cautérisation des trois quarts inférieurs de la circonférence du bord préputial, et le surlendemain une deuxième incision perpendiculaire à la première, sur la face inférieure de la verge. Le 9 décembre, au moment de la sortie de l'hôpital, la cicatrisation était très-avancée, et fut complète quinze jours après. Mais l'orifice du prépuce se rétrécit bientôt au point de rendre la miction très-difficile, c'est alors qu'un chirurgien de Bonière pratiqua un

petit débridement, qui fut insuffisant, puisque la même gêne reparut aussitôt. Il resta dans cet état jusqu'au 20 avril dernier, époque où il fut reçu à l'hôpital du Midi.

Etat actuel. La verge a complétement perdu sa forme conique, elle présente celle d'un cylindre dont l'extrémité antérieure applatie paraît de prime-abord être le résultat d'une section pratiquée à la couronne du gland; elle est horizontale, circulaire et de l'étendue d'une pièce de 5 centimes, formée presque entièrement d'un tissu inodulaire, blanc, mat, insensible, et dont les plis convergent vers une ligne centrale qui aboutit à un petit orifice situé à la partie supérieure de la cicatrice, orifice circulaire, étroit, permettant à peine l'introduction d'un petit stylet, et correspondant au méat urinaire. Le malade n'éprouve aucune douleur; mais au moment de la miction, l'urine qui s'échappe par le méat distend le prépuce, forme une sorte d'ampoule, et s'écoule sous forme d'un petit filet. Du reste, il n'existe point d'inflammation, et toutes les fonctions s'accomplissent avec la plus grande régularité; M. Tillaux commença par s'assurer, à l'aide du toucher, de la présence et de l'intégrité du gland, et l'introduction d'un stylet prouva qu'il n'y avait pas d'adhérences sous-préputiales. Séance tenante, il introduisit par le petit orifice l'extrémité de ciseaux pointus, et fit l'opération connue à l'hôpital du Midi, par tous les malades, sous le nom de *pied de biche*, c'est-à-dire une section verticale du prépuce sur la face dorsale de la verge, jusqu'au niveau de la couronne du gland. Huit serro-fines ont été appliquées, et quarante-huit heures ont suffi pour débarrasser complétement et définitivement le malade d'une affection qu'il portait depuis plusieurs mois, et qui rendait le coït impossible (c'est le malade qui l'a affirmé), et la miction, très-défectueuse. Cette atrésie acquise du prépuce, fort singulière, peut être très-facilement comprise et expliquée, en se rappelant la première opération que subit le malade.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De la méningite rhumatismale. L'observation a, jusqu'à ce moment, fait connaître trois sortes d'états morbides auxquels se rattachent les phénomènes nerveux qui peuvent survenir à l'occasion du rhumatisme.

L'un des plus fréquents est la congestion. Il est probable que c'est le moins grave, que c'est celui contre lequel le traitement peut avoir le plus d'efficacité; mais des exemples assez nombreux attestent aussi sa gravité.

Un deuxième genre d'effets compris sous la dénomination de rhumatisme cérébral se rapporte à l'état ataxique aigu, c'est-à-dire que des symptômes

nerveux extrêmement graves peuvent survenir sans que les méninges ou les divers organes encéphaliques ou rachidiens portent les traces d'une altération apparente.

Le troisième état morbide que le rhumatisme peut occasionner par ses envahissements du côté des centres nerveux est la méningite à laquelle par ce motif on a donné le nom de rhumatismale.

C'est à l'étude de la méningite rhumatismale que M. Gintrac a consacré un mémoire inséré dans le *Journal de Bordeaux*.

Les observations, au nombre de vingt-sept, qui servent de base à cette étude, sont partagées en deux séries : dans la première sont des faits de méningite crânienne; dans la seconde, ceux de méningite rachidienne.

Dans les faits de la première série, qui sont au nombre de vingt et un, un des phénomènes notés dès le commencement de la déviation morbide est la céphalalgie.

Le délire est un des symptômes les plus fréquents qui a été souvent le premier indice de l'invasion de la phlegmasie méningienne, puisque sur les vingt et un cas, il a eu lieu dix-sept fois. Tantôt il est tranquille, c'est un subdélirium; tantôt il est violent, furieux, accompagné de cris.

L'assoupissement ne s'est montré que rarement au début; il est survenu plusieurs fois à la fin de la maladie succédant au délire et à l'agitation.

Des mouvements convulsifs ont été observés ainsi que des phénomènes spasmodiques.

Chez plusieurs malades, les yeux étaient hagards, brillants; chez trois, il y avait du strabisme.

Cinq malades ont éprouvé des nausées et des vomissements.

La seconde série des faits de méningite rhumatismale siégeant dans le rachis, se distingue de la précédente par des caractères assez prononcés; d'abord par l'absence ou le peu de durée, ou le peu d'intensité des phénomènes cérébraux, c'est-à-dire de la céphalalgie, du délire, de l'assoupissement, de la dilatation des pupilles, des vomissements, etc., et par la présence des phénomènes indiquant une irritation intra-vertébrale.

C'étaient des douleurs au cou ou à l'épine, ou aux lombes ; la roideur du tronc, le renversement de la tête en arrière, la contracture, ou des spasmes dans les régions douloureuses et les mâchoires. On a remarqué des douleurs, des crampes, des mouvements spasmodiques des membres inférieurs et la paralysie de ces membres et de la vessie.

La marche de la méningite rhumatismale a offert quelques variétés, selon les dispositions individuelles des sujets. Ici, on peut présumer une tendance à l'état typhoïde; là, on constate des accès fébriles très-prononcés et une sorte d'intermittence ; ailleurs, c'est une complication d'érysipèle phlegmoneux ou de phlébite. Quelquefois, on n'a pu méconnaître l'influence d'une diathèse purulente ; mais, en général, la marche de cette maladie peut être très-aiguë, lente ou chronique.

Anévrysme du pli du bras. Compression. Insuccès. Injection au perchlorure de fer. Embolie. Gangrène sèche de la main. Guérison de l'anévrysme. Le résultat très-malheureux de l'observation publiée avec beaucoup de bonne foi par M. Chabrier, nous engage à en donner un résumé, d'autant qu'il est instructif. Il se rattache à une série d'accidents que nos devanciers étaient impuissants à expliquer, et que nous connaissons bien aujourd'hui, grâce aux travaux du célèbre professeur de Berlin M. Virchow.

A la suite d'un coup de pistolet chargé à plomb, un anévrysme se développa au pli du coude d'un prisonnier qui entra à l'hôpital d'Aix au mois de mars 1864, pour se faire soigner de cette maladie. Du volume d'une grosse noix, occupant le pli du coude au dessus de la ligne articulaire, située un peu en dedans de l'axe du bras, et présentant une direction oblique de hauteur en bas et de dehors en dedans, la tumeur présentait les symptômes ordinaires des anévrysmes, et de plus, un thrill assez prononcé, ce qui put faire songer un instant à un anévrysme artérioso-veineux. Nous ajouterons à ce propos que l'observation ne nous donne pas suffisamment les raisons qui firent porter à M. Alquié le diagnostic anévrysme artériel simple.

Le traitement fut commencé par la compression digitale sur l'humérale. Compression complète pendant quinze heures consécutives à la première séance, pendant huit heures le second jour et neuf heures le troisième. Aucun résultat n'était obtenu. M. Chabrier eut alors recours à l'appareil de M. Broca. Les deux pelotes appliquées

alternativement, l'une à la partie moyenne du bras, l'autre juste au-dessus de la tumeur, amenèrent un engourdissement et un état violacé de la main, sans produire l'affaissement de la tumeur. Il fallut y renoncer, après un mois de tentatives infructueuses.

M. le docteur Goyrand songea donc à un autre moyen, et se décida pour les injections coagulantes dans la poche.

Cinq gouttes de perchlorure de fer furent injectées dans le centre de la tumeur avec la seringue de Pravaz; le thrill disparut aussitôt, mais les pulsations persistèrent. Legère compression sur la tumeur. Aucun accident ne se manifesta, le malade put se promener tout le jour.

Une seconde injection de cinq gouttes avec le même liquide fut résolue et pratiquée. Immédiatement la main pâlit, devint exsangue, et le malade éprouva dans les doigts une vive douleur; abaissement rapide de la température.

Les soins du chirurgien n'empêchèrent pas la gangrène de s'emparer de la main dès le second jour, en commençant par l'extrémité des doigts. Peu à peu la main tout entière se dessèche, se momifie et bientôt se sépare elle-même du reste du membre, au niveau de l'articulation radio-carpienne. M. Goyrand ne fit que passer un couteau dans l'article, il n'y eut aucun écoulement de sang. Quant à l'anévrysme, il était complétement guéri.

L'auteur se livre à quelques réflexions sur cette triste observation. Nous croyons parfaitement avec lui que les accidents ont été le résultat de la migration d'un coagulum dans les artères radiale et cubitale jusqu'au niveau du poignet; il en conclut sagement qu'il faudra interrompre le cours circulatoire au-dessus et au-dessous de la tumeur lorsqu'on procédera à une injonction coagulante. Mais il ajoute que cette complication désastreuse d'embolie pouvant être ainsi *facilement prévenue*, c'est là un magnifique cas de guérison que doit enregistrer la science. « La simplicité et l'*innocuité* de l'opération, dit-il, nous paraissent justifier de nouveaux et nombreux essais, et permettront, je pense, de placer cette méthode bien au-dessus de la ligature. » Le malade n'eût certainement pas écrit cette phrase, il aurait au moins retranché le mot innocuité avec l'unique main qui lui reste.

Nous conclurions tout à l'opposé de M. Chabrier. Son observation nous prouve les dangers de la méthode qui a été employée et doit nous rendre encore plus circonspects à l'avenir, à l'endroit des injections coagulantes, que du reste beaucoup de chirurgiens ne pratiquent plus aujourd'hui dans les anévrysmes. (*Montpellier médical*, mai 1865.)

Deux cas de réimplantation de dents luxées suivie de succès. Dans un très-intéressant mémoire, *Sur la réimplantation et la transplantation des dents*, publié l'an dernier dans les *Archives générales de médecine*, M. Mitscherlich a cité quatre cas de réimplantation pratiquée par lui-même, mais où malheureusement il n'a pu observer les malades que pendant une période de quinze jours à trois semaines, insuffisante par conséquent pour qu'il y ait certitude quant aux résultats définitifs. Plus heureux, un très-distingué et très-habile dentiste de Paris, M. le docteur Magitot, vient de faire connaître deux faits qu'il a été à même de ne pas perdre de vue, et qui démontrent, grâce au temps écoulé après l'opération, que la restauration complète d'une dent totalement détachée de la mâchoire est possible, et, par conséquent, doit être tentée dans tous les cas.

Dans la première observation, il s'agit d'une jeune fille de dix ans, qui, le 8 juin 1859, jouant dans un jardin à la campagne, fut projetée violemment, la face en avant, contre les dalles d'un perron. En relevant l'enfant évanouie au bout de quelques minutes, on s'aperçut qu'elle avait une forte contusion avec plaie de la lèvre supérieure, et que des quatre incisives correspondantes, trois étaient refoulées en arrière et pendaient dans la cavité buccale, tandis que la quatrième, l'incisive médiane gauche, complétement luxée, avait été chassée hors de la bouche et était tombée dans le sable où on la retrouva. Amenée aussitôt à Paris, la jeune blessée fut, trois heures après l'accident, présentée à M. Magitot, qui voulut tenter le rétablissement de toutes les parties à leur position première. Pour cela, les dents renversées dans la bouche sont ramenées doucement en avant; l'alvéole de la dent absente est lavé avec soin et débarrassé des caillots dont il est empli; puis la dent, lavée elle-même, est replacée. Alors un bandage en huit de chiffre, fait de

soie plate cirée, et noué à chaque interstice dentaire, maintient l'une à l'autre les quatre incisives ainsi rétablies. Gargarisme permanent avec de l'eau glacée et compresse d'eau froide sur la face; alimentation liquide. Au bout de deux jours, amélioration déjà sensible de l'état local, qui continue les jours suivants. Le 28 juin, le bandage, qui s'est spontanément détaché, est retiré; les dents, présentant une solidité suffisante, sont abandonnées à elles-mêmes. Un mois après, consolidation complète : la dent qui a été complétement détachée offre seulement une légère coloration grisâtre; il y a sur la gencive un léger orifice fistuleux, suite d'un petit abcès survenu les jours précédents. En novembre 1860, cet orifice est depuis longtemps cicatrisé, et les quatre dents sont solidement implantées dans la mâchoire, à leur position normale. En décembre 1864, plus de cinq ans après l'opération, tout est en parfait état : la dent réimplantée fonctionne comme sa voisine, et sa sensibilité est la même que celle des autres.

Le second cas est celui d'un jeune lycéen, âgé de treize ans, chez lequel un coup porté par un de ses camarades luxa les deux incisives médianes supérieures, la droite incomplétement, la gauche d'une manière complète. Deux heures après, l'enfant est mené à M. Magitot et lui présente sa dent qu'il a ramassée et mise dans la poche de son gilet. Elle est sans fracture, mais paraît desséchée et offre une teinte opaque. Après l'avoir nettoyée dans de l'eau tiède, après avoir, au moyen d'un jet d'eau tiède, débarrassé l'alvéole des caillots qu'il renferme, notre confrère rétablit la dent dans sa position normale et la fixe, ainsi que sa voisine, aux deux incisives latérales au moyen d'un bandage en huit de chiffre composé d'un intestin de ver à soie un peu aplati, presque aussi fin qu'un cheveu. Lotions glacées permanentes dans la bouche; bains de pieds matin et soir; alimentation liquide. Deux jours après, la dent paraît avoir repris un peu de solidité; mais gingivite générale avec desquammation épithéliale; même traitement avec addition de chlorate de potasse. Le 18 novembre, amélioration considérable. Le 3 décembre, le bandage est retiré; la dent est sans mobilité, mais plus sensible que les voisines à la percussion. Revu en décembre 1864, c'est-à-dire un an après l'opération, l'enfant est resté parfaitement guéri : identité parfaite de coloration, de transparence, de sensibilité entre la dent réimplantée et les autres dents.

M. Magitot, après avoir rapporté ces deux observations, qui sont aussi probantes que possibles, recommande tout particulièrement, comme moyen de contention dans les cas de ce genre, le fil délié par lui employé chez le second malade, fil qui n'est autre chose que l'intestin du ver à soie desséché et préparé *ad hoc*, et qui réunit toutes les conditions nécessaires par sa grande résistance, son volume insignifiant et son inaltérabilité. (*Arch. gén. de méd.*, mai 1865.)

Erysipèle grave de la tête et de la face, ayant amené l'œdème de la glotte; trachéotomie; guérison. Des études modernes sur l'érysipèle il résulte que, lorsque cette maladie occupe certains siéges, telle que la face, elle peut se propager par les orifices muqueux dans les cavités avoisinantes, dans le pharynx et le larynx, par exemple. C'est ce qu'a fait voir notamment un très-bon mémoire de M. Cornil, inséré dans les *Archives* en 1862. Or, quand une telle propagation a lieu vers les canaux aériens, il en résulte nécessairement une suffocation qui peut devenir rapidement mortelle. La trachéotomie est alors une ressource précieuse, la seule capable de sauver la vie du malade, en assurant le jeu de la respiration. Il faut, par conséquent, se hâter d'y recourir. Le cas suivant en est un exemple remarquable :

Ann H***, âgée de dix-sept ans, entra le 12 novembre 1864 à l'hôpital de Westminster, dans le service du docteur Radcliffe, pour un érysipèle de la face et du cuir chevelu. Il y avait un gonflement énorme qui s'opposait à l'ouverture des paupières et des lèvres, et en même temps de la dysphagie, même pour les liquides, un certain degré de dyspnée. Celle-ci augmenta rapidement, et dans la nuit, à quatre heures, les symptômes dénotaient d'une manière non douteuse l'extension du gonflement érysipélateux aux parties qui circonscrivent l'orifice glottique. Les accidents asphyxiques prirent bientôt une telle intensité, qu'il devint manifeste que, sans un secours prompt et efficace, la malade ne pouvait tarder à succomber. On se décida en conséquence à faire la trachéotomie, et l'opération fut pratiquée, séance

tenante, par le chirurgien interne, M. Saint-Aubyn Hawken. La canule fut introduite sans difficulté; immédiatement la respiration redevint calme et naturelle, et la malade put goûter pendant quelques heures un sommeil tranquille et réparateur. Le traitement consista ensuite en teinture de perchlorure de fer à l'intérieur, en applications de collodion sur la face et en stimulants alimentaires, vin et thé de bœuf. Au bout de deux jours, la tuméfaction avait considérablement diminué, la malade pouvait ouvrir les yeux et avaler des aliments solides. Le 19 novembre, sept jours après l'entrée, l'érysipèle avait complètement disparu et la canule put être enlevée sans inconvénient. Le 30, la plaie était totalement cicatrisée. (*Lancet*, 20 mai 1865.)

Traitement de la perforation congéniale du voile du palais. Le docteur Kingsley (de New-York), propose un nouvel appareil prothétique qui s'applique à tous les cas de fissure congéniale du voile du palais, alors même qu'ils sont ou non compliqués de fissure des os maxillaires. L'instrument est construit de telle façon que ses diverses pièces peuvent jouer par glissement, les unes sur les autres, quand les muscles se contractent sur la fissure. L'appareil doit être exactement fixé dans l'arrière-cavité des fosses nasales aussi bien que plus bas, à l'arrière-bouche. Pour être sûr que les pièces soient bien ajustées, on moule avec du plâtre fin l'arrière-fond de la cavité palatine, l'arrière-cavité des fosses nasales. On reprodnit en métal ce moule, dans lequel on construit alors le voile artificiel, composé de gutta-percha vulcanisée; la gutta-percha doit être assez molle pour se laisser facilement comprimer, et assez élastique pour revenir sur elle-même.

Cet appareil est fixé au sommet de la fissure par sa configuration même et maintenu par un fil d'or qui s'attache à deux incisives supérieures. (*Gazette médicale.*)

Extraction d'un calcul volumineux chez une jeune fille par la dilatation rapide de l'urèthre. Nous avons fait connaître succinctement, dans un de nos précédents volumes (LXVI, p. 521), les idées et la pratique de M. Bryant, chirurgien de l'hôpital de Guy, relativement à l'extraction des calculs chez les femmes, au moyen de la dilatation rapide de l'urèthre. Voici un nouveau fait qui vient à l'appui de ces idées, et qui montre que cette dilatation, ainsi opérée, peut être portée à un degré considérable, sans inconvénient ultérieur pour les malades. Le cas est emprunté au service de M. Curling.

Il s'agit d'une jeune fille de douze ans, qui fut admise à London Hospital, pour y être traitée d'un calcul vésical, sous l'influence duquel sa santé générale s'était notablement détériorée. L'examen, à l'aide de la sonde, ne permettait pas de douter de la présence d'une pierre volumineuse dans la vessie. Les souffrances étaient telles, que M. Curling crut devoir procéder immédiatement à l'opération. En conséquence, la jeune malade, après avoir été soumise à l'inhalation du chloroforme, ayant été placée sur le bord d'une table, les membres inférieurs écartés et maintenus, le dilatateur à trois branches, de Weiss, fut introduit dans l'urèthre, et l'on imprima à la vis une demi-douzaine de révolutions. L'instrument fut alors retiré, et le chirurgien introduisit l'index dans l'urèthre, mais ne put pénétrer dans la vessie, à cause de l'insuffisance de la dilatation. Après une nouvelle application du dilatateur, le doigt arriva facilement dans la cavité vésicale et reconnut la situation du calcul. Saisi alors avec des tenettes, le corps étranger fut, au moyen de mouvements de latéralité, amené heureusement au dehors. Il affectait une forme ovoïde et ne mesurait pas moins d'un pouce (anglais) et demi de long sur un pouce et un huitième de diamètre. Après l'opération, qui ne dura pas plus d'un quart d'heure et qui ne donna lieu qu'à une perte de sang insignifiante, une injection d'eau tiède fut faite dans la vessie. Les suites furent très-simples: il y eut d'abord une fièvre assez intense, mais qui tomba rapidement; l'incontinence d'urine, conséquence ordinaire de cette opération, avait totalement disparu au bout d'un mois. (*Med. Times and Gaz.*, mars 1865.)

Dystocie par oblitération accidentelle du vagin; incision cruciale; terminaison favorable. Une femme, âgée de vingt-sept ans, se présenta, le 11 avril 1864, dans un des hôpitaux de Dublin pour y faire ses couches. Le travail était commencé depuis dix-sept heures

et, d'après le caractère des douleurs, le docteur Cronyn jugea qu'il était entré dans sa seconde période. En pratiquant le toucher, il reconnut qu'il y avait une occlusion complète du vagin, à environ un demi-pouce de la vulve, occlusion résultant de la cicatrisation vicieuse de déchirures produites dans un accouchement antérieur, qui avait dû être terminé au moyen du forceps. La présentation paraissait être celle du sommet. Les bruits du cœur fœtal s'entendaient très-distinctement dans la fosse iliaque droite. A M. Cronyn vinrent s'adjoindre les docteurs Kirkpatrick et Denham, et il fut décidé que, dans l'état des choses, les douleurs étant très-énergiques, et cependant la cicatrice ne paraissant pas devoir céder, il y avait lieu de procéder sans retard à une opération qui pût permettre l'expulsion du fœtus.

En conséquence, la malade ayant été placée sur une table et soumise aux inhalations du chloroforme, une sonde étant introduite dans la vessie, M. Denham fit avec un bistouri une ponction dans la cloison cicatricielle, débrida crucialement sur une sonde cannelée en avant, en arrière et sur les côtés, puis à l'aide du doigt chercha à dilater l'ouverture ainsi pratiquée. Immédiatement après la ponction, il s'échappa un flot de liquide amniotique qui continua de couler ensuite. L'incision inférieure donna lieu à une hémorrhagie assez abondante, qui fut arrêtée, non sans quelque peine, à l'aide de bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer et de la compression. La malade fut remise dans son lit et réconfortée au moyen d'un peu de vin. Le travail marcha ensuite très-heureusement et se termina au bout de trois heures et demie par la naissance d'un enfant vivant et bien portant.

Les suites furent bonnes : aucun accident sérieux ne vint les entraver. Seulement, malgré l'attention que l'on eut de chercher à maintenir la dilatation par l'introduction quotidienne du doigt, les bords de la plaie vaginale se resserrèrent et l'occlusion se reproduisit graduellement, la malade refusant de se soumettre à aucun moyen de traitement propre à assurer une guérison radicale. (*Dublin quart. journ. of med. sc.*, novembre 1864.)

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 1er mai, M. le docteur Girard, médecin en chef des hôpitaux de Marseille, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Par décret daté de Bouglé, le 7 juin 1865, l'Empereur, sur la proposition de Son Exc. le maréchal ministre de la guerre, a promu ou nommé dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : MM. Thierry de Maugras (Charles-Henri), médecin-major de 1re classe ; chevalier du 13 août 1857 : 28 ans de services, 17 campagnes, 2 citations. — Giuliani (Dominique-Marie), médecin-major de 1re classe ; chevalier du 1er mai 1851 : 34 ans de services, 17 campagnes. — Mouret (Amand), médecin-major de 1re classe ; chevalier du 14 septembre 1855 : 21 ans de services, 13 campagnes. — Renard (Alexandre-Joseph), médecin-major de 1re classe ; chevalier du 14 septembre 1855 : 32 ans de services, 13 campagnes. — Duplessy (Ermite-Urbain), médecin-major de 1re classe ; chevalier du 30 décembre 1858 : 34 ans de services, 11 campagnes.

Au grade de chevalier : MM. Sistach (François-Antoine-Mathias), médecin-major de 1re classe : 20 ans de services, 7 campagnes. — Lavigne (Bernard), médecin-major de 1re classe : 25 ans de services, 8 campagnes. — De Menou (Louis-Georges-Auguste), médecin-major de 1re classe : 24 ans de services, 4 campagnes. — Friant (Louis-Joseph), médecin-major de 2e classe : 19 ans de services, 8 campagnes. — Dandreau (Paul-Victor), médecin-major de

2e classe : 21 aus de services, 5 campagnes. — Dumont (Etienne), médecin-major de 2e classe : 19 ans de services, 8 campagnes. — Fauvel (Pierre-François), médecin-major de 2e classe : 25 ans de services, 6 campagnes. — Marcenac (Benoît), médecin-major de 2e classe : 16 ans de services, 6 campagnes. — Pillon (Michel-Alexis-Fortuné), médecin-major de 2e classe : 20 ans de services, 7 campagnes. — Humel (Louis-Joseph), médecin-major de 2e classe : 18 ans de services, 8 campagnes. — Ribadieu (Jules-Auguste), médecin aide-major de 1re classe : 10 ans de services, 10 campagnes. — Soulé (Barthélemy), pharmacien-major de 2e classe : 24 ans de services, 17 campagnes. — Quatrefages (Xavier), pharmacien-major de 2e classe : 25 ans de services, 15 campagnes.

Par décret daté de Bougie, le 7 juin 1865, l'Empereur, sur le rapport de Son Exc. le ministre de la guerre, d'après les propositions de Son Exc. le gouverneur-général de l'Algérie, a nommé dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. Alquié (Constaut), médecin à Mostaganem : 18 ans de services municipaux. — Robat (Antoniu), ancien médecin, propriétaire agriculteur (province d'Alger).

Par décret en date du 17 juin, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Vansteenkiste, médecin-major de 1re classe; Morren, doyen de la Faculté des sciences de Marseille, et Jourdan, doyen de la Faculté des sciences de Lyon.

Au grade de chevalier : M. Duauthier, médecin-major de 2e classe.

Par décret impérial rendu le 21 juin 1865, sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, M. Charbonnié (Léon), chirurgien de 2e classe de la marine, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine au Sénégal : 7 ans de services, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Par décrets en date du 21 juin 1865 :

M. Gervais, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier, est nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie, physiologie comparée et zoologie, à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Gratiolet, décédé.

M. Milne-Edwards, agrégé près de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est nommé professeur titulaire de la chaire de zoologie à la même école, en remplacement de M. Valenciennes, décédé.

Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 5 juillet prochain pour deux places de chirurgien au Bureau central des hôpitaux, est ainsi composé :

Juges titulaires : MM. Giraldès, Gosselin, Huguier, Maisonneuve, Cazalis.

Juges suppléants : MM. Danyau et Gubler.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE-HUITIÈME VOLUME.

E

Q

R

S

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-HUITIÈME.



PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.